VII. ZJAZD

LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH

WE LWOWIE 1894 ROKU.

NAPISAŁ

Dr. Leon Kryński
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1895.

VII. ZJAZD

LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH

WE LWOWIE 1894 ROKU.

NAPISAŁ

DR. LEON KRYŃSKI
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1895.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1895.

VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Jeżeli gdzie, to u nas, w naszych stósunkach lekarskich przysłowie o trudnym początku, ma stałe a obszerne zastósowanie, jakkolwiek z nieco odmiennym odcieniem znaczenia. Okazuje się to najdobitniej we wszystkich sprawach ogólniejszego zakroju, których istnienie i rozwój opierać się musi na dobrej woli i wspólnem działaniu jednostek, nie jednorazowem, lecz stałem, trwającem latami bez przerwy. Nie trudno jest uzyskać aprobatę dla jakiejś pożytecznej inicyatywy a nawet zdobyć na razie u ogółu mniejszą lub większą na ten cel ofiarę pieniężną, trudniej już zmusić jednostki do punktualnego wywiązania się z przyjętych na się obowiązków względem tej sprawy czy instytucyi a już nader ciężkiem zadaniem jest utrzymanie tego poparcia ogółu w tych razach, kiedy winno ono polegać nie na peryodycznych składkach czy upłatach, które ostatecznie za pomocą wielokrotnych przypominań zwykle wydobyć można, lecz na dobrowolnym udziale osobistym, na tem chwilowem poświęceniu swojego *ja* dla celów ogólniejszych, słowem na podnioślejszem nieco pojmowaniu swego stósunku. Jest to rzeczą tak znaną, tak stale powtarzającą się u nas w odpowiednich okolicznościach

życia, że przypominanie tego byłoby już wprost nudne.... gdyby nie budziło nieco niewesołych refleksyj.... Rzucona zostaje, naprzykład, myśl powołania do życia jakiejś instytucyi naukowej, mającej na celu wspólną pracę nad rozwojem której z gałęzi medycyny, przypuśćmy n. p. projekt corocznych Zjazdów chirurgicznych i zostaje przyjęta z uznaniem zarówno przez specyalistów jak i ogół lekarzy. Rzecz prosta, znajdują się natychmiast i pesymiści z zasady, opozycyoniści *quand même*, nie wierzący w nic podobnego, najmniej zaś we własne siły, przepowiadający najczarniejszą przyszłość projektowanym Zjazdom i niechybny ich upadek. Pomimo to, dzięki energicznej inicyatywie i dość licznemu poparciu, wchodzą one w życie i rozpoczynają snuć nić corocznego swego istnienia. Zgodnie z tradycyami i naturą naszą pierwszy Zjazd wypada bardzo pięknie, w następnych latach już mniej licznie, aczkolwiek jeszcze dość dobrze, następnie coraz słabiej, słabiej....

Według prostej arytmetyki ekonomicznej instytucya, nie mająca dostatecznego oparcia w liczbie swych członków nie odpowiada widocznie ich potrzebom i co zatem idzie, nie ma racyi bytu. Czy słuszna ta zasada ma być zastósowana i do naszych Zjazdów? Bynajmniej. Jeżeli zapytamy się w tej sprawie któregokolwiek z tych „nieobecnych“ chirurgów polskich, wyrazi on zdanie wprost przeciwne, z głębokiem przekonaniem zapewniać będzie o pożytku i konieczności tych Zjazdów, tylko że .... w ciągu ostatnich kilku lat „nie mógł“ się na nie wybrać. Na czem zaś polegała ta „niemożebność“, o tem dużo by dało się powiedzieć, najczęstszą zaś jej podstawę stanowi, mówmy otwarcie, apatya, chwytająca się najdrobniejszych trudności i przeciwieństw zewnętrznych na razie, aby wytłómaczyć niemi tę dziwną w sprawach ogólniejszych ociężałość. I w tem zdaje się tkwi punkt ciężkości sprawy, dlaczego po roku lub paru latach tłustych następuje szereg lat chudych, coraz chudszych, dlaczego to, co ma wszelkie warunki żywotności w naszem społeczeństwie lekarskiem, rozwijać się musi tak mozolnie i po-

woli.... I trzeba tu znacznej dozy wytrwałości i energii, aby nie zrażając się niczem, rzecz rozpoczętą prowadzić dalej w tem słusznem przekonaniu, że chociaż powoli, utrwalić się ona musi — i utrwali. To też na tem baczniejszą uwagę zasługują losy drugiej, starszej instytucyi — ogólnych Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, które w roku bieżącym obejrzeć się mogły już na 25-lecie przebytej, moralnej drogi swego istnienia. Powyżej przedstawiliśmy kolejne okresy tego rozwoju w postaci sześciu Zjazdów poprzednich, które poczynając od roku 1869. odbywały się w kilkoletnich odstępach czasu w Krakowie, Lwowie i Poznaniu. Ubiegły cwierćwiekowy okres czasu stanowić będzie zawsze w historyi medycyny świetną kartę, tworzącą epokę w rozwoju wielu z jej gałęzi. W tej wielkiej skarbnicy wiedzy Zjazdy nasze czerpały zawsze pełną dłonią, odbijając w sobie wszystkie wybitniejsze idee, wszystkie nowsze zwroty w postępie badań przyrodniczo-lekarskich, do których częstokroć i swoją własną dorzucały cegiełkę. W ten sposób wzbogacały się one i doskonaliły zarówno formą jak i treścią, stopniowo wywalczając sobie coraz większe zainteresowanie i uznanie w społeczeństwie. Dziś po 25-ciu latach stanęły one na gruncie dość pewnym, lecz w skutek niepomyślnych okoliczności zewnętrznych a niestety i tych wewnętrznych, o których mówiliśmy wyżej, pomimo pięknych częstokroć pozorów, przedstawiają one podobieństwo do wątłego dziecka, potrzebującego ciągle jeszcze opieki troskliwych piastunek. Czem więcej ogół naszych lekarzy odczuwać będzie potrzebę wspólnej pracy i korzyści, płynące ztąd dla naszej nauki, co już dawno zrozumiano i oceniono w innych krajach Europy, czem silniej przejmie się poczuciem obowiązku przyczynienia się osobistego do wspólnego celu, tem prędzej zniknie owa niedokrewność dzisiejsza naszych Zjazdów, tem łatwiejsze będzie ich urządzanie, tem pomyślniejszy wynik.

Zjazd tegoroczny lekarzy i przyrodników polskich, odbyty we Lwowie, wśród niezwykłych a pomyślnych przebiegał okoliczności. Z jednej strony 25-letnia rocznica istnienia

Zjazdów, z drugiej, powszechna wystawa krajowa, sama przez się stanowiąca ogromną siłę przyciągającą, zdawało się, że wróżą mu powodzenie zupełne, przewyższające dawniejsze Zjazdy. A jednakże nie odpowiedział on w zupełności tym nadziejom, wywołując u wielu uczestników uczucie zawodu. Nieudałym stanowczo nazwać go nie można wbrew niektórym ultrapesymistycznym głosom; przeciwnie mnogość komunikatów naukowych i ożywione dyskusye w niektórych sekcyach, nadto urozmaicona strona towarzyska Zjazdu przemawiały, jak nie można lepiej, na jego korzyść. Były niewątpliwie pewne usterki i wady, które przy dobrych chęciach można było usunąć, lecz te spotykają się wszędzie i o wartości Zjazdu decydować nie mogą.

Powodzenie Zjazdu zależy od 2 czynników: 1) ogółu lekarzy, dla którego Zjazd się przygotowuje, 2) od tej garstki lekarzy miejscowych, którzy się tem przygotowaniem zajmują, czyli t. zw. Komitetu zjazdowego. Jeżeli więc Zjazd lwowski nie wypadł tak, jak wypaść mógł, to winni są zarówno jedni, jak i drudzy, z tą różnicą, że wina pierwszych o wiele większa, niż drugich.

Grzechem Komitetu jest, że za późno wziął się do pracy i za mało o tych przygotowaniach zawiadamiał ogół; znając zaś naturę współbraci ze wszystkich ziem polskich i nauczony doświadczeniem przeszłych Zjazdów, winien był na rok przynajmniej przed Zjazdem zacząć o nim pisać i na wszystkie strony niepokoić ludzi zaproszeniami i przypominaniami, dawać tematy, narzucać referaty i t. d. Że tego nie zrobił w swoim czasie, tego potem nie można było wynagrodzić nawet bardzo energiczną i godną uznania czynnością. Wysłanie delegatów do różnych miast było rzeczą nader dobrą, ale nie w miesiącu Czerwcu, kiedy można było namówić na wyjazd tych chyba tylko, którzy sami już byli na to zdecydowani.

Niestety ci, t. j. Komitet, nie są jeszcze najwinniejsi! Przedewszystkiem naturalnym rzeczy porządkiem uczestnikami Zjazdu są ci lekarze, którzy mieszkają w mieście bę-

dącem miejscem Zjazdu, którym przeto jako gospodarzom winno leżeć na sercu jego powodzenie. Przed czterema laty na X-tym Zjeździe międzynarodowym w Berlinie obok 1750 lekarzy przybyłych z całego Państwa niemieckiego było 1166 członków z samego Berlina, stanowili więc oni $^{2}/_{5}$ ogólnej liczby wszystkich lekarzy niemieckich. Podobnie było w tym roku w Rzymie, tak wreszcie bywa wszędzie, lecz niezupełnie tak było we Lwowie. Zresztą pod tym względem rachunek sumienia wypadłby, zdaje się nienajlepiej, u wielu z pomiędzy nas z różnych części naszego kraju.

Obliczmy tak z ręką na sercu, ilu z nas mogło było pojechać i powinno by a nie pojechało poprostu z niedbalstwa! Nie żądajmy tego od starszych profesorów, którzy brali już w wielu Zjazdach udział i zasługi swe tu położyli, dajmy pokój starym praktykom, którzy porzuciwszy praktykę używają zasłużonego spokoju, wybaczmy nawet jeszcze tym młodym kolegom, którzy przez pierwszych lat parę po skończeniu z trudnością starają się utrzymać na śliskich falach praktyki i liczyć się muszą z każdym wydanym groszem, to i tak zostanie nas tylu, że po odrzuceniu tych, którzy na prawdę nie mogli porzucić swych obowiązków z tej czy innej przyczyny, utworzymy bardzo liczny zastęp, mogący zapewnić Zjazdowi najświetniejsze powodzenie. A na to potrzeba jednej tylko dobrej woli!

Zjazd lwowski, rozpoczęty 23. Lipca w poniedziałek uroczystem posiedzeniem inauguracyjnem w sali koncertowej na wystawie, trwał dni 3 i zakończony został drugiem posiedzeniem ogólnem dnia 26. Posiedzenia sekcyjne odbywały się w poniedziałek po południu, we wtorek i środę przed i po południu; miejscem obrad było gimnazyum Franciszka Józefa i szkoła realna. Przebieg obydwóch posiedzeń ogólnych podany był wraz ze szczegółowem wymienieniem wszystkich nazwisk w numerze 30-tym *Przeglądu lek.* na str. 442, tam więc odsyłamy czytelnika.

Ogólna liczba uczestników Zjazdu wynosiła koło 450, którzy utworzyli 13 sekcyj: 1. medycyny teoretycznej, 2. hi-

gieny i medycyny sądowej, 3. medycyny wewnętrznej, 4. chirurgii, 5. ginekologii i położnictwa, 6. chorób ocznych, 7. chorób wenerycznych i skórnych, 8. weterynaryi, 9, chemii i farmacyi, 10. matematyki i fizyki, 11. geografii i geologii, 13. botaniki. Wszystkich odczytów zapowiedziano 227; część ich odpadła w skutek nieprzybycia prelegentów. Do najbardziej ożywionych należały posiedzenia sekcyj chirurgicznej i ginekologicznej.

Oprócz strony naukowej Zjazdu wspomnieć należy i o towarzyskiej, którą Komitet starał się jaknajbardziej urozmaicać i uprzyjemniać. Każdy z trzech wieczorów dni zjazdowych wypełniony był jakąś wspólną zabawą: w poniedziałek — przedstawienie w teatrze, we wtorek — przyjęcie na wystawie, we środę — bankiet pożegnalny w hali muzycznej, zakończony toastami. Następnego dnia rano odbyło się drugie i ostatnie posiedzenie ogólne, na którem ogólną aprobatą i przeciągłym oklaskiem przyjęto telegram prof. Wicherkiewicza z Poznania, zapraszający do stolicy wielkopolskiej VIII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w r. 1897.

W jednej z większych sal gimnazyum Franciszka Józefa, odświętnie a nader gustownie przybranej, rozpoczęły się w poniedziałek dnia 23. Lipca o g. 4-ej po południu obrady sekcyi chirurgicznej, pozostającej pod godnym uznania sterem prymaryusza Dra Ziembickiego. Po krótkiej przemowie powitalnej zaproponował Dr. Ziembicki wybór prezydyum sekcyi, w którego skład weszli: prof. Rydygier z Krakowa, Dr. Drobnik z Poznania, Dr. Gabszewicz z Warszawy, Dr. Szuman z Torunia i Dr. Załoziecki z Czerniowiec, jako przewodniczący posiedzeń, jako sekretarze zaś: Dr. Kryński z Krakowa, Dr. Spalke i Dr. Wehr ze Lwowa.

Po zajęciu miejsca przewodniczącego przez Dra Gabszewicza, przystąpiono do odczytów, które rozpoczął:

I. Dr. **Szuman** (z kliniki własnej w Toruniu): *Spostrzeżenia nad narkozą eterową.* (Sprawozdanie własne). Eter jako środek do inhalacyj znieczulających przez dentystę M o r t o n a z Bostonu za radą Dra Jacksona wprowadzony

w praktykę w r. 1846, ustąpić musiał wkrótce miejsca chloroformowi, w r. 1847 przez Simpsona w Edymburgu poleconemu. A dzisiaj dopiero, po latach blisko 50 ściślejsze badania badaczy angielskich i następnie niemieckiego towarzystwa chirurgicznego[1]) przekonały świat lekarski, że eter jest środkiem równie dobrze przy odpowiedniej metodzie do inhalacyj znieczulających użyć się dającym, jak chloroform, a przytem znacznie mniej trującym, znacznie mniej groźnym dla życia chorego, a więc zważywszy wszystkie *pro* i *contra* środkiem lepszym od chloroformu.

W Ameryce jest i teraz eter głównym środkiem znieczulającym w chirurgii i akuszeryi. W Europie niektórzy chirurdzy od dłuższego czasu używają eteru; w ostatnich zaś latach wskutek korzystnych sprawozdań niemieckiego towarzystwa chirurgicznego eter i w naszych stronach coraz więcej znajduje, jako główny środek do narkozy, zwolenników. W klinikach i szpitalach Julliarda w Genewie, Rouxa w Lozannie, Brunsa w Tybindze, Stelznera w Dreźnie, Frickera w Odessie, Landaua w Berlinie i innych, używają stale eteru jako głównego środka do znieczulania przy operacyach.

W swej prywatnej klinice chirurgicznej zacząłem od Listopada roku przeszłego używać eteru do narkozy i mam zapiski o 81 przypadkach narkozy eterowej, od końca Listopada 1894. do połowy Lipca 1894. a więc przez $7^1/_2$ miesięcy obserwowanych. Doświadczenia moje w zupełności potwierdzają korzystne wyniki wzmiankowanych powyżej chirurgów co do narkozy eterowej. Nie mogę wprawdzie przyznać racyi zasadzie wyłącznego używania eteru do narkozy i zupełnego wygnania chloroformu z zakresu środków znieczulających, jak tego chcą Julliard, Wanscher, Gross-

---

[1]) E Gurlt: Zur Narcotisirungs-Statistik. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1891, 1892, 1893, 1894. (Kongres XIX—XXIII).

mann[1]), ale sądzę, że eter ma prawo być naszym głównym i najczęstszym środkiem narkotyzującym a chloroform tylko wyjątkowo w niektórych poniżej wyszczególnionych razach może być używanym i wskazanym. Tak samo twierdzą Sonnenburg i Tschmarke, tak samo zdaje się, że postępuje Bruns, którego obserwacye Garré[2]) ogłosił w szczegółowej monografii o narkozie eterowej. Moje zapatrywania dotychczasowo prawie w zupełności zgadzają się a twierdzeniami Tschmarkego[3]).

1) Eter wydaje się środkiem mniej niebezpiecznym jako środek do inhalacyj znieczulających, niż chloroform, a wogóle równie wystarczającym i jako taki powinien być głównie do narkozy używanym tak u mężczyzn, jak u kobiet i dzieci.

2) W chorobach serca narkoza eterowa wydaje się o wiele bezpieczniejszą, niż chloroformowa.

3) Narkoza eterowa z przyczyny, iż drażni oskrzele i wywołuje często obfitą wydzielinę z oskrzeli podczas narkozy i jeszcze po narkozie, jest przeciwwskazaną w przypadkach z objawami nieżytu oskrzelowego, oraz w tych przypadkach, w których mocniejszy nieco kaszel po operacyi wynik jej mógłby zniweczyć lub znacznie nadwerężyć.

4) Narkoza eterowa często nie wystarcza w tych przypadkach, w których chodzi o rychłe i zupełne zwolnienie napięcia mięśni a więc w szczególności przy odprowadzaniu zwichnięć stawów.

5) Narkoza eterowa jest niebezpieczną wskutek łatwej zapalności pary eterowej, gdy operacyę robimy z pomocą żegadła Paquelinowskiego lub innego, lub gdy operujemy wieczorem przy świetle lamp i świec.

---

[1]) Grossmann: Die Aethernarcose. Deutsche med. Wochenschrift 1894, Nr. 3. i 4.

[2]) Garré: Die Aethernarcose. Tubinga 1893, oraz Beiträge zur klin. Chirurgie. Tom XI.

[3]) Tschmarke: Die bisherigen Erfahrungen bei Aethernarcosen. Deutsche med. Wochenschrift 1894, Nr. 4.

6) Narkoza eterowa czasami nie wystarcza u osób, które nałogowo używają trunków [1]).

7) Garré zestawił już około 350,000 narkoz eterowych ze śmiertelnością 1:14000, Julliard zaś 524,507 narkoz chloroformowych ze śmiertelnością 1:3258. Wyniki powyżej przytoczonych zestawień Gurlta równie niekorzystnie przedstawiają się dla chloroformu (1 przypadek śmierci na 2907 narkoz do 1893 r.).

W swoich 81 narkozach nie widziałem dotychczas groźnego przypadku, ale ta mała liczba nie dowodziłaby niczego, gdyby nie była popartą tak wielkiem doświadczeniem innych. Eter podawałem głównie za pomocą maski Julliarda. Narkoza, jeżeli z początku nie zanagle eter podajemy i maskę nie zbyt przyciskamy do twarzy, nie jest zgoła narkozą zaduszającą [2]), jak to głoszą niektórzy. Owszem następuje zwykle rychlej. niż przy chloroformie i bywa równie dobrą. Wogóle na 75 przypadków, w których zapisano wynik działania narkozy eterowej w mej klinice, było 65 narkoz dobrych i zupełnych a 10 niespokojnych, pomiędzy temi dwie niewystarczające. Z tych 10 narkoz niespokojnych zdarzyło się 9 u mężczyzn a tylko 1 u kobiety. Wogóle więc narkoza eterowa u kobiet i dzieci jest łatwiejszą i pewniejszą, niż u mężczyzn. U 8 z owych 9 przypadków używanie obfitsze trunków było przyczyną mocnej ekscytacyi.

Cięższych i groźnych przypadłości nie widzieliśmy podczas narkozy eterowej. Za to po narkozie eterowej postrzegałem 4 razy mocne zapalenie oskrzeli przez kilka dni po operacyi i to w 2 przypadkach po krótkich i małych operacyach.

Postępowałem głównie według metody Julliarda, opisanej w monografii Garrégo. Przed narkozą u mężczyzn

---

[1]) Taki przypadek niedotsatecznej narkozy miałem sposobność obserwować u mężczyzny do trunków przyzwyczajonego. Ale i chloroformowa narkoza, jak wiadomo, w tych razach bywa nieraz niewystarczającą, niezupełną.

[2]) Erstickungsnarcose, porów. Grossmann l. c.

zastrzykiwałem zwykle 0,01 morfiny. W 2 przypadkach w narkozie trwającej 150 minut spotrzebowano po 400 gramów eteru. Przy krótszych narkozach potrzebowano $1\frac{1}{2}$—4 grm. eteru na minutę, więc na zwykłe operacye w 15—45 minut 25—180 gramów eteru, odpowiadającego przepisom farmakopeutycznym niemieckim, o ciężarze gatunkowym 0,720.

W dyskusyi nad odczytem Dra Szumana zabrał głos Dr. Barącz. Obserwował on wielokrotnie podczas pobytu swego w Londynie w r. 1882. narkozy eterowe, stósowane tam wtedy wyłącznie; używano do nich przyrządu Clovera, zbliżonego do maski Wanschera, eteru zużywano stósunkowo bardzo mało, narkozę jednak zupełną otrzymywano dopiero po $\frac{1}{2}$ godziny.

Wrażenie z narkoz tych odniósł Dr. Barącz dobre; były one wszystkie bez powikłań i groźnych przypadłości. Nieprzyjemnemi było jedynie znaczne ślinienie, sinica i oddech chrapiący. Dr. Barącz zwraca uwagę na korzyści stósowania przy operacyach dłużej trwających chloroformu naprzemian z eterem. Pyta się dalej Dr. Barącz prelegenta, dlaczego przekładał on maskę Julliarda nad inne i ile czasu potrzebował w swych przypadkach do otrzymania zupełnej narkozy.

W odpowiedzi oświadczył Dr. Szuman, że używając maski Julliarda otrzymywał zupełną narkozę w przeciągu 3—5 minut, gdy pod maską Wanschera chory zupełnie usypiał nie wcześniej, jak po 15 minutach.

Prof. Rydygier używa w klinice swojej przeważnie chloroformu i sądzi, że Gurlt, który chloroform chciałby wyrugować zupełnie z użycia, idzie za daleko. Tego zdania jest i Bergmann, jak to wyraził na Zjeździe chirurgów niemieckich po wykładzie Gurlta.

Eteru używa mówca w razie znacznego osłabienia chorego w czasie operacyj długo trwających, szczególnie laparotomij, ma jednak eter w tych razach wadę tę, że niespokojne, głębokie oddechy powiększając ruchy jelit, przeszkadzają operacyi. Do narkozy eterowej używa prof. Rydygier maski

Czernego; przedstawia ona cylinder z twardej skóry z wałeczkiem gumowym, wydętym powietrzem u dołu i przykrywką skórzaną u góry. Wnętrze koszyka wypełniają warstwy cienkiej flaneli, prostopadle przeciągnięte w poprzek od jednej ściany do drugiej; prócz tego, by zapobiedz ściekaniu eteru na twarz, wkłada się na spód jeszcze warstwę waty Brunsa. Wyższość maski Czernego w porównaniu z maską Julliarda stanowi to, że zakrywa ona stósunkowo nieznaczną część twarzy, co dla narkotyzującego ma znaczenie. Jeszcze w wyższym stopniu zaletę tę ma koszyk szklany, przysłany niedawno mówcy przez wynalazcę Dra Vajna z Budapesztu, jest on jednak stósunkowo za nizki i ztąd niedogodny do trzymania. Projekt maski szklanej do eteru przygotowywał był w tym samym czasie Dr. Kryński, uprzedził go jednak w tem ów Dr. Vajna. Mówca kazał zrobić niedawno według swego modelu nową maskę, podobną do koszyka Czernego, lecz szklaną, w kształcie klepsydry, której górna połowa jest stósunkowo niższą i mieści w sobie watę higroskopijną. Kończąc, oświadcza mówca, że i nadal trzymać się będzie przeważnie chloroformu, używając eteru tylko do przypadków, gdzie jest on specyalnie wskazanym.

Dr. Kryński oświadcza, że pomiędzy przeciwwskazaniami do użycia narkozy eterowej nie wymienił Dr. Szuman obecności wola, stanowiącej przeciwwskazanie ważne wobec tego, że eter sprawia rozszerzenie się naczyń głowy i szyi, ztąd więc przekrwienie i powiększenie wola, co zwiększa zwykle i tak istniejącą już duszność. Wskazują na to chirurgowie francuscy; to samo dostrzegł także mówca w klinice krakowskiej. Co się tyczy użycia żegadła Paequelina, to stanowi ono przeciwwskazanie tylko względne. Pomimo łatwej zapalności eteru zapala się on dopiero w odległości 2 cm., jeżeli ognisko znajduje się poniżej zbiornika eteru, jeżeli zaś powyżej, to odległość ta znacznie jest większą, gdyż pary eteru opadają ku dołowi, jak przekonał się o tem mówca w próbach robionych przez siebie w klinice krakowskiej. Wobec tego zupełnie można użyć eteru do narkozy nawet używając równocześnie żegadła Pacquelina na głowie,

Dr. Kader (z Wrocławia) powiada, że w klinice wrocławskiej stósowano eter przez jedno półrocze; używano do tego różnych masek i różnych metod, ostatecznie jednak zaniechano eteru. Wadą używania eteru jest to, że twarz chorego nie może tu służyć do kontroli obiegu krwi i oddychania, gdyż jest ona stale sinawo-czerwoną z przewagą barwy sinej, co pochodzi ztąd, że narkoza jest tu podwójna: w części eterowa a w części wywołana dwutlenkiem węgla (CO_2), którego nadmiar zależy od przepełnienia śluzem tchawicy, krtani i jamy ustnej, stanowiąc mechaniczną przeszkodę dla dostępu powietrza do płuc. Przeszkoda ta jest niebezpieczną i z innych względów: 1) skutkiem niej rozwija się nieraz nieobliczalne w swych skutkach zapalenie oskrzeli i płuc; szczególniej tyczy się to dzieci i osób wiekowych. 2) Utrudnia ono w znacznym stopniu w razie asfiksyi stósowanie sztucznego oddychania. Mówca uważa narkozę chloroformową za stanowczo lepszą od narkozy eterowej. Nawet w przypadkach nieprawidłowego stanu serca używa on także nie eteru, lecz chloroformu, ponieważ eter równie działa niekorzystnie na serce. We wrocławskiej klinice miano dwa przypadki zapadu serca w pół godziny po skończeniu narkozy eterowej, z drugiej zaś strony, jeżeli dać choremu na parę dni przed operacyą naparstnicę lub *strophantus* a w czasie operacyi zastrzykiwać mu w razie osłabienia kamforę, to można zupełnie bezpiecznie usypiać chorego chloroformem. Stósując chloroform w ten sposób, nie miał mówca ani razu poważniejszej asfiksyi.

Dra Schramma nie przekonał odczyt Dra Szumana co do eteru. Na 75 narkoz eterowych miał Dr. Szuman 10 niespokojnych lub niewystarczających, przy odpowiedniej liczbie kolejnych narkoz chloroformowych nie byłoby prawdopodobnie tak wiele narkoz nieprawidłowych. Mówca jest najzupełniej zadowolony z narkoz chloroformowych; szczególniej są one dobre u dzieci. Do eteru zraził go przypadek, w którym dziecko z objawami wprawdzie gruźlicy, dostało po użyciu eteru mocnego zapalenia płuc. Gdy w czasie narkozy

chloroformowej okazuje się potrzeba podniesienia czynności serca, dobrze jest nalać na zwykłą maskę chloroformową kilkanaście gramów eteru, poczem można znowu narkotyzować chorego chloroformem bez obawy o groźne przypadłości. Korzyści narkozy eterowej, oparte na danych statystycznych, są niepewne wobec stósunkowo małej liczby notowanych narkoz eterowych.

Prof. Obaliński od połowy Kwietnia 1894 roku, to jest od ostatniego Zjazdu chirurgów niemieckich zaprowadził w swoim oddziale eter, jako główny środek do narkozy. Do tego czasu wykonano tam około 150 narkoz eterowych. Niekorzystne strony eteru są według mówcy jedynie pozorne:

1⁰ chory ma oddech ciężki, chrapliwy; na nieprzyzwyczajonych wywiera to bardzo przykre wrażenie, przyczyną jednak przypadku oddech ten nie był nigdy ani u profesora Obalińskiego ani u innych chirurgów stósujących eter.

2⁰ chory jest zawsze czerwony; objaw ten, zdaniem mówcy, jest raczej przyjemnym, niż przykrym, gdyż gwarantuje on, że chory nie jest w zapadzie.

3⁰ ślinienie się i wypełnianie się dróg oddechowych śluzem jest przykre, wystarcza jednak wyczyścić pęczkiem waty lub palcem jamę ustną, by zabezpieczyć chorego od asfiksyi.

Takie są wady eteru, zaletą zaś jego jest:

1⁰ to, że jest on, jak wskazuje statystyka, środkiem daleko bezpieczniejszym dla życia chorego od chloroformu. Nawet przy używaniu zwykłego eteru nie miał prof. Obaliński w swoich 150 przypadkach ani jednego poważniejszego powikłania narkozy. Można zaś używać do narkozy eteru Picteta, pozbawionego zanieczyszczającego zwykły eter aldehidu, który wywołuje przeważnie część objawów, uważanych za wadę narkozy eterowej; dla użytku szpitalnego eter ten jest jednak za drogi.

2⁰ Gdy chory uśnie, można przerywać podawanie eteru. Chory nawet, gdy przyjdzie w czasie operacyi do przytomności, bólu, o ile zasłania się mu oczy, zupełnie nie czuje.

3⁰ Chorzy prędko przychodzą do siebie, nie są bladzi, nie czują się zbici, zmaltretowani, jak to bywa po chloroformie, gdzie chory, któremu wykonano operacyę nieznaczną, nieraz i w parę godzin po narkozie nie ma dość sił, by podnieść się z łóżka. Wymioty po narkozie eterowej zdarzają się, co najmniej, dwa razy rzedziej, niż po narkozie chloroformowej; za objaw nieprzyjemny można uważać tylko to, że oddech chorych czuć przez czas jakiś eterem. Do narkozy używa mówca przyrządu Wanschera, zmodyfikowanego przez Grossmanna; modyfikacya ta polega na zwiększeniu torby i otworu szyjki. Przy używaniu tego przyrządu wychodzi eteru stósunkowo bardzo mało. Średnia ilość eteru spotrzebowywana w oddziale prof. Obalińskiego, w minucie wynosi 1,2 cm.^{3}, zatem na małą operacyę zupełnie wystarcza jednorazowe wlanie do przyrządu 25 grm. eteru, na średnią operacyę wychodzi około 50 grm., na większą około 100 grm. Największą, spotrzebowaną ilość eteru stanowiło 125 grm., za pomocą których otrzymano trzechgodzinną narkozę; wobec tego, nie dziwi się mówca, że u Bardelebena było zejście śmiertelne skutkiem narkozy eterowej, gdyż tam zużyto w ciągu 48 minut 240 grm. eteru. Dla otrzymania zupełnej narkozy eterowej potrzebowano u prof. Obalińskiego średnio około 6,5 minut; ponieważ na otrzymanie takiejże narkozy chloroformowej potrzeba około 5 minut, różnica więc ta okazuje się stósunkowo bardzo nieznaczną. W ogóle stósuje mówca do narkoz jako środek stały, codzienny eter, do chloroformu zaś ucieka się jedynie w wyjątkowych przypadkach. Eter, według mówcy, to narkoza przyszłości.

Dr. Z i e m a c k i (z Charkowa) do ostatnich czasów używał tylko chloroformu. Od Lutego b. r. zaczął on stósować eter; od tego czasu miał około 60 narkoz eterowych. W 3 z nich obserwował niepożądane powikłania: w pierwszym przypadku podczas głębokiej narkozy eterowej u 40-letniego mężczyzny, nie alkoholika, nastąpił nagle bardzo burzliwy okres; drugi raz histeryczka, pomimo spotrzebowa-

nia znacznych ilości eteru, nie usnęła; trzeci raz u dziecka pięcioletniego nastąpił nagle podczas narkozy napad epileptyczny.

Pomimo jednak tych przypadków, sądzi mówca, że narkoza eterowa, jako daleko bezpieczniejsza od chloroformowej, powinna znaleść na przyszłość szersze, niż dotychczas zastósowanie.

Dr. Broeckere przeciwny jest użyciu narkozy eterowej ze względu, że trwa ona za długo, średnio pół godziny. W szpitalu przy nawale chorych tyle czasu poświęcać jednemu choremu nie można. Z drugiej strony osobiste doświadczenie skłania mówcę do używania chloroformu, który o ile leje się go ostrożnie i kroplami, nie jest niebezpieczny. Eter powinien znaleść zastósowanie jedynie u chorych osłabionych, nie zdolnych do przetrzymania parogodzinnej narkozy chloroformowej. W swojej praktyce miał mówca dwa przypadki szału, który owładnął chorym podczas narkozy eterowej. Z tego względu, jak i z poprzednio wymienionych jest on przeciwny stałemu używaniu eteru.

Dr. Wehr powiada, że chloroform zastąpić eterem możnaby jedynie wtedy, gdyby statystyka eteru dała zero śmiertelności. Różnice w poglądzie na te środki, które odpowiednio stósowane mogą być dobre obydwa, wynikają prawdopodobnie nie tyle z samej ich natury, ile z rozmaitego sposobu ich stósowania. W każdym razie uważać należy za narkozę typową narkozę chloroformową, eterową zaś tylko za pomocniczą. Co do masek, to skomplikowane przyrządy uważa W. za nieodpowiednie; najlepszą, podług niego, jest maska Esmarcha.

Prof. Obaliński oświadcza w odpowiedzi, że narkozy eterowe u Dra Broeckerego trwały za długo, gdyż nie używał tej metody, co on. W ogóle wnioski swoje opierał mówca na danych, otrzymanych przy użyciu maski Wanschera — Grossmanna, nie dziwi się więc przeto, że wnioski jego nie godzą się z wnioskami lekarzy używających do narkozy eterowej innych starych masek i metod. Co do szału,

to bywa on i po chloroformie; prof. O. miał w swojej praktyce podobny przypadek, szał więc ten nie jest wyłączną wadą eteru a jest ogólną cechą narkotyków.

Prezydujący Dr. Gabszewicz zamyka dyskusyę nad odczytem Dra Szumana, zwracając uwagę, że używamy eteru dotychczas jeszcze za krótko, by módz o nim wyrzec ostatnie słowo.

Dr. Ziemacki proponuje opracowanie wzorów czyli szematów dla statystyki narkoz eterowych; wzory takie zaprowadzono w Rosyi, przez co gromadzi się obfity materyał statystyczny.

Dr. Szuman podtrzymuje wniosek poprzednika, radzi jednak statystyk samodzielnych nie prowadzić a dane woje dołączać do statystyk zagranicznych.

II. Prof. **Rydygier**: *Przypadek polipa włóknistego pozaszczękowego (Retromaxillargeschwulst Langenbecka), operowany za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej sposobem* O. Webera. (Sprawozd. własne). Operacya polipów włóknistych pozaszczękowych wymaga koniecznie tymczasowego wypiłowania szczęki górnej, inną bowiem drogą nie możemy dotrzec do ich szypułki, znajdującej się w szczelinie skrzydło-podniebiennej *(fissura pterygopalatina)*. Z tego już względu czysto praktycznego ważną jest rzeczą, żeby nowotwory te ściśle odróżniać od polipów jamy noso-gardłowej, wyrastających z podstawy czaszki, do której rozmaitemi innemi drogami dojść możemy bez tak ciężkich zabiegów przedwstępnych, jak to nam pomiędzy innymi opisał i kol. Bar ącz. Dlatego to w swoim podręczniku starałem się te sprawy tak dokładnie przedstawić i podać cechy dozwalające je rozpoznać.

Niedawno mieliśmy w klinice swojej ciekawy przypadek rzadkiego tego nowotworu u chłopca 14-letniego a chociaż nigdy przedtem nie widziałem podobnego przypadku, rozpoznaliśmy go z łatwością, przywodząc sobie do myśli opis Langenbecka. W jamie gardłowej znajdował się

guz, który nieco zapuszczał się do nozdrza, gałka oczna po tej stronie była wysadzona, skroń więcej wypełniona.

Nie chcąc użyć sposobu Langenbecka do tymczasowego wypiłowania szczęki górnej, gdyż pozostawia on bardzo szpecącą bliznę i wywołuje porażenie wielu gałązek nerwu twarzowego, użyłem sposobu podanego w głównych zarysach dawno już przez O. Webera a dziś zapomnianego, o którym dopiero po operacyi znalazłem wzmiankę w starem wydaniu podręcznika Pithy-Billrotha.

W częściach miękkich używa się zmodyfikowanego cięcia Dieffenbacha do całkowitego wypiłowania szczęki górnej, jak je opisuje O. Weber (zobacz mój podręcznik str. 178) a które właściwie nazwać należy cięciem Nelatona. Cięcie to rozpoczyna się poniżej wewnętrznego kąta ocznego, przebiega na granicy pomiędzy nosem a policzkiem ku dołowi, dalej okrąża skrzydło nosa i nareszcie przedziela górną wargę w samym środku wprost ku dołowi. Drugie cięcie poziome prowadzi się od górnego końca pierwszego wzdłuż dolnego brzegu oczodołowego. Dalsze postępowanie już jest odmienne. Trzecie cięcie oddziela wargę od wyrostka zębodołowego po odpowiedniej stronie szczęki i przebiega w ustach. Cięcia przez kość robimy dłutem. Przecinamy naprzód wyrostek czołowy kości licowej, dalej łuk kości licowej, następnie wyrostek nosowy szczęki górnej, nareszcie przecinamy poziomo szczękę górną powyżej wyrostka zębodołowego tak, że zęby pozostają nienaruszone. Płat ten kostno-mięsno-skórny odchylamy na zewnątrz, przełamując połączenie szczęki górnej z kością klinową, co się tem łatwiej udaje, ponieważ tutaj mamy szypułkę guza i części te są rozluźnione. Po wycięciu guza i wyjęciu jego odnóg, płat cały wkładamy napowrót na swoje miejsce, przytwierdzając go kilkoma szwami, przez okostnę założonymi. Rany w częściach miękkich łączymy także dokładnie szwami.

Zalety tego sposobu przed sposobem Langenbecka są znaczne: przedewszystkiem nie ma porażenia nerwu twarzowego, który wstępuje od tyłu przez szypułę płatu; po-

wtóre blizny są daleko mniej szpecące. Tem się zaś korzystnie różni od sposobu Boeckla, do którego zresztą jest podobny, który jednak cięcie poziome dolne prowadzi zewnątrz przez policzek.

Przebieg pooperacyjny u naszego chorego był zupełnie pomyślny; rana skórna na twarzy zagoiła się przez rychłozrost, tylko przez czas jakiś utrzymywał się obrzęk dolnej powieki i części policzka, co potem ustąpiło. Szczelinę skrzydłopodniebienną po wyjęciu guza wytamponowano przy operacyi gazą, którą po tygodniu usunięto przez usta. Chory opuścił klinikę zupełnie w dobrym stanie.

W dyskusyi oznajmia Dr. Ziembicki, że ma do przedstawienia chorych i preparaty w szpitalu, dokąd zaprasza obecnych na dzień następny.

Dr. Kader nadmienia, że we wrocławskiej klinice chirurgicznej stósowano w przeszłym roku podobną do użytej przez prof. Rydygiera metodę dwa razy z zupełnem powodzeniem.

III. Dr. T. **Drobnik**: *O leczeniu porażeń dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni.* (Sprawozd. własne). Leczeniu ortopedycznemu rozmaitych porażeń dziecięcych, mianowicie mięśni poruszających stopę, stoją na przeszkodzie skurczenia mięśni przeciwniczych (antagonistów) porażonym. Dlatego operacyjne leczenie porażeń dziecięcych dotychczas ograniczało się głównie w przypadkach nieodpowiednich do artrodezy lub amputacyi na przecięciu ścięgien skurczonych mięśni. Starano się nadać stopie odpowiednią postać za pomocą opatrunków gipsowych, aby w końcu założyć stósowny aparat ortopedyczny. Wyniki zabiegów tych nie zadowalniały mnie nigdy. Mianowicie w praktyce klinicznej, gdzie liczyć się musimy ze szczupłymi środkami pacyentów, stósunkowo drogie aparaty, często wymagające odnowienia lub naprawy złudnemi czyniły wszelkie nasze zabiegi. Długiego i kłopotliwego leczenia skutkiem była w tych przypadkach zawsze prawie całkowita recydywa. Przypadek takiej recydywy, doprowadzający rodziców do ostatecznego zniechęcenia

po wielu i bardzo kosztownych próbach leczenia stopy szpotawej paralitycznej we Wrocławiu za pomocą elektryzowania najpierw a potem rozmaitych aparatów ortopedycznych, dostał mi się w jesieni 1891. roku. Przypadek ten jako pierwszy opisany jest dokładnie w jednym z pierwszych numerów *Gazety lekarskiej* z 1892. roku; dlatego tutaj tylko dla informacyi krótko go przytoczę.

Porażonym był mięsień wyprostnik palców stopy, którego zadaniem głównem jest unosić stopę na zewnątrz i ku górze. Wszystkie inne mięśnie były w całej pełni swojej czynności. Skurczony był mięsień brzuchaty łydki a nadmiernie rozwinięty mięsień wyprostnik palucha. Zbytnie wybujanie wyprostnika palucha polega na tem, że przy każdem nastąpieniu, mięsień ten starał się przejąć czynność porażonego i pogarszał tylko, jako pomocnik mięśnia goleniowego przedniego, ułożenie stopy. Oprócz tego widoczną była przeszkoda, jaką ten właśnie mięsień stawiał przy prawidłowem ustawianiu stopy; kurcząc się podnosił paluch do tego stopnia, że niemożliwem czynił założenie jakiegokolwiek trzewika. Dawniej przytwierdzałem paluch do sandała za pomocą tasiemki, ostatecznie mało skutecznej, gdy się zamiast sandału trzewik miało włożyć na nogę. Z tego powodu w tym przypadku oprócz przecięcia ścięgna Achilesa wskazanem wydało się przecięcie także ścięgna wyprostnika palucha. Postanowiłem tedy część brzuszkową ścięgna, przeszkadzającego wyprostowaniu, dla próby przyczepić do porażonego wyprostnika palców stopy. Próba ta prosta i nienarażająca chorego na żadne pogorszenie udała się i stworzyła podstawę do zupełnego zmienienia całego mojego postępowania w leczeniu porażeń dziecięcych i rozszerzenia granic tego sposobu leczenia na inne części ciała a mianowicie na ręce.

Wyszedłbym po za ramy referatu, chcąc roztrząsać wszystkie (ośm) przypadki porażeń dziecięcych, leczonych za pomocą przenoszenia czynności mięśni. Na tem miejscu chodzi tylko o zaznaczenie okresów rozwoju tej metody operacyjnego leczenia porażeń dziecięcych.

Są przypadki, w których prosty sposób operacyjny powyżej naszkicowany wcale nie da się zastósować. Jednym z takich przypadków jest postać kopytowa stopy, *pes equinus*, polegająca na porażeniu mięśnia brzuchatego łydki. Do poprawienia tej postaci stopy, zużyć możemy tylko mięśnie zginacze stopy a więc zginacz palców nogi lub strzałkowe Przecięcie ścięgna jednego z tych mięśni i przyczepienie do ścięgna Achillesowego wydaje się niemożliwem, gdyż moglibyśmy pogorszyć stan nie wiele mając nadziei polepszenia. Do równego unoszenia pięty konieczną jest w tym przypadku pomoc dwóch mięśni, których ścięgna możnaby przyczepić po każdej stronie do ścięgna Achillesowego. Wykonać to tylko można, nie poświęcając zupełnie czynności mięśni, których siłę mamy zużytkować do unoszenia pięty. Cel ten postanowiłem osiągnąć przez odczepienie części ścięgien mięśni przebiegających po obu stronach ścięgna Achillesowego i przyczepienie tych części do niego. Odciąwszy tedy zewnętrzną połowę ścięgien długiego zginacza palców stopy i strzałkowego krótkiego na 8 do 10 cm., przytwierdziłem te części, zostające w połączeniu z brzuszkiem mięśni do okostnej kości piętowej i odświeżonych zewnętrznych brzegów ścięgna Achillesowego. Obawa o obumarcie tych odcinków ścięgien okazała się płonną — skutek był bardzo dobry. Operacya odbywała się zupełnie aseptycznie, ażeby nie zniszczyć antyseptycznemi środkami delikatnych naczyń, oplatających ścięgna w postaci siatki, złożonej z wydłużonych prostokątów lub równoległoboków. Korzystny wynik tej operacyi rozszerzył znacznie granice operacyjnego leczenia porażeń dziecięcych i pozwalał obejmować tą metodą te nawet przypadki, w których porażenie znacznej bardzo liczby mięśni jakiejś kończyny zmuszałoby do wykonania w danym razie artrodezy. Możliwość rozłożenia czynności jednego mięśnia i skierowania jej w odpowiednim kierunku szczególnie korzystną mi się przedstawiała w przypadku porażenia wyprostników palców ręki, będących równocześnie w znacznej części pomocnikami przy wyprosto-

waniu dłoni. Porażenie to ubezwładniało zupełnie czynność ręki. Chora dziewczynka czteroletnia ręką nic chwycić nie mogła, bo jej nie mogła otworzyć. Porażone były w tym przypadku *m. extensor carpi ulnaris* i *extensor digitorum communis. Extensores carpi radiales* pełniły swoją funkcyę zupełnie bezużytecznie. Odczepiłem tedy część wewnętrzną ścięgna *m. extensoris carpi radialis* i przyczepiłem ją do zewnętrznego brzegu wyprostnika palców ręki. Po zagojeniu rany nauczyłem dziewczynkę w krótkim czasie prostowania palców przez unoszenie zewnętrznego brzegu dłoni ku górze. Przy ruchu tym wywołanym czynnością mięśnia *extensoris corpi radialis* otwierały się palce mniej więcej do połowy.

W dyskusyi oświadcza dr. Kryński, że operacyą przenoszenia czynności mięśni stósować można w celu leczniczym nietylko w przypadkach porażeń, jak to zaproponował i wykonał w opisanych przypadkach dr. Drobnik, lecz i w innych, przedewszystkiem zaś w przypadkach urazowych uszkodzenia czy rozerwania ścięgien, gdzie nie można poprostu zeszyć rozłączonych końców. W przypadkach tych szanse operacyi są nawet lepsze wobec braku tych zboczeń w unerwieniu i krążeniu, jakie są następstwem porażeń. Przed miesiącem niespełna operował mówca w klinice krakowskiej jeden taki przypadek. Tyczył się on młodego, 20 kilkoletniego rzemieślnika, który przed pół rokiem wbił sobie szydło w sam środek dłoni prawej. Rana zagoiła się wkrótce, lecz od tego czasu pozostała nieruchomość środkowego palca, który sterczał ciągle wyprostowany, zawadzając bardzo w robocie. W celu usunięcia tego, wykonał mówca następującą operacyę: po przecięciu skóry podłużnie przez środek dłoni okazało się, że rzeczywiście w miejscu blizny przecięte były zupełnie ścięgna środkowego palca obydwóch zginaczów palców, powierzchownego i głębokiego (*m. flexor digitorum sublimis et profundus*); dolne końce tych ścięgien można było z łatwością odnaleść na palcu w pobliżu miejsca skaleczenia, lecz za to końce górne cofnęły się tak wysoko

ku nadgarstkowi, że nie można było myśleć o zbliżeniu i zeszyciu.

Wobec tego rozszczepił mówca podłużnie w odpowiedniej wysokości ścięgno powierzchownego zginacza wskaziciela i dolny brzeg otrzymanego w ten sposób płatka ścięgnistego zeszył z dolnym końcem przeciętego zginacza powierzchownego palca środkowego. W tenże sam sposób zeszył rozszczepione ścięgno zginacza głębokiego palca czwartego z dolnym końcem przeciętego zginacza głębokiego trzeciego palca. Drogą tą powstawała możność wyrównania czynności palca środkowego bez narażania czynności zginaczów dwóch palców sąsiednich.

Po zagojeniu rany skórnej i zdjęciu opatrunku chory mógł palcem środkowym wykonywać razem z pozostałymi palcami słabe ruchy zginające; jest więc nadzieja, że po mocnem zrośnięciu się zeszytych ścięgien, przy pomocy odpowiedniej gimnastyki palców, to ograniczenie ruchów palca środkowego ustąpi lub przynajmniej wyrówna się znacznie.

Na tem zakończono 1-sze posiedzenie.

Posiedzenie drugie d. 24. Lipca o godz. 10. rano [1]).

Przewodniczący prof. Rydygier, w którego zastępstwie obejmuje chwilowo przewodnictwo Dr. Garbowski z Warszawy. Po odczytaniu przez gospodarza sekcyi, Dra Ziembickiego nadesłanych telegramów, rozpoczęto wykłady wobec bardzo licznego audytoryum, powstałego przez połączenie się na to posiedzenie sekcyi chirurgicznej z sekcyą ginekologiczną.

IV. Prof. **Rydygier**: *O wycinaniu włókniaków macicy.* Nie wdając się w bliższy rozbiór licznych sposobów opera-

---

[1]) Na początku sprawozdania z posiedzenia I-go w Nrze 44-tym (str. 608.) opuszczony został następujący ważny szczegół. Mianowicie na wstępie posiedzenia gospodarz sekcyi, Dr. Ziembicki na wniosek Wydziału gospodarczego zaproponował wybór na prezesa honorowego sekcyi Dra Matlakowskiego z Warszawy. Wniosek jednomyślnie przyjęto i postanowiono uchwałę tę zakomunikować telegraficznie wybranemu. Treść telegramu, wysłanego przez gospodarza sekcyi do Dra Matlakowskiego, zarówno jak i odpowiedź listowna tego ostatniego pomieszczone zostaną w Pamiętniku Zjazdu VII.

cyjnych, jakie w tym celu podano, przechodzi mówca do jednego z najodpowiedniejszych a przeto i najczęściej stósowanych, *hysterectomia supravaginalis per laparotomiam*. Metoda ta pomimo opozycyi ze strony Martina, chcącego zastąpić ją przez wycięcie całkowite macicy, długo utrzyma się na pierwszem miejscu. Sposób wykonywania tej operacyi przechodził w rękach rozmaitych chirurgów, podobnie jak i prelegenta, różne koleje i różnorodnym ulegał zmianom. Dotyczyły one głównie sposobu zaopatrzenia kikuta macicznego, który to zapuszczano do jamy brzusznej całkowicie (metoda intraperytonealna), to przytwierdzano go na zewnątrz ponad ścianą brzuszną (m. ekstraperytonealna), to wreszcie wszywano go w środek ścian brzusznych (m. śródścienna). Podobnież w rozmaity sposób starano się zapobiedz krwotokowi z kikuta po odcięciu macicy i zamknąć jamę szyjki (Schröder, Zweifel, Kocher). Wypróbowawszy kolejno wszystkie te sposoby, wyrobił sobie mówca postępowanie odmienne, którego od dłuższego czasu trzyma się już stale, jako zdaje się najodpowiedniejszego, gdyż sposobem tym operacya wycięcia macicy wraz z mięśniakami odbywa się w taki sam zupełnie sposób, jak wyłuszczenie każdego innego guza. Pierwszy więc akt operacyi stanowi oddzielenie macicy od bezpośrednio sąsiednich narządów i podwiązanie głównych naczyń; zatem na więzy szerokie po jednej i drugiej stronie zakłada się po parę podwiązek, z których ostatnie, założone przez krawędź macicy, obejmują tętnice maciczne. Po uwolnieniu w ten sposób macicy z przedniej i tylnej jej powierzchni wykrawa się i oddziela płaty otrzewny w celu pokrycia nimi powierzchni kikuta; wtedy po przewiązaniu tymczasowem powyżej miejsca przecięcia macicy *in toto*, aby zapobiedz możliwemu wypływowi z jej jamy, odcina się ją nożem nieco stożkowato od części szyjnej, której przewód wypala się termokauterem. Na przekroju zakłada się w miarę potrzeby kilka podwiązek, wreszcie łączy się ze sobą szczelnie obie powierzchnie przekroju kikuta, bacząc, aby nitka szwu nie przechodziła przez przewód szyjki. Ponad tym

szwem zeszywa się brzegi utworzonych płatków otrzewnowych szwem kuśnierskim, który przedłuża się w obie strony na szerokie więzadła tak, iż w końcu otrzymuje się otrzewnę zupełnie zamkniętą jedną linią szwu, co jest nader ważne. Mówca, wypróbowawszy ten sposób operowania, zamierzał go ogłosić, dowiedział się jednak od prof. Marsa, iż takiej samej metody używa od niedawnego czasu Chrobak. W ostatnim zeszycie *Revue de chirurgie* opisuje Dr. Leonte, chirurg z Bukaresztu zupełnie takie same postępowanie, jako swoje, za pomocą którego operował 26 przypadków mięśniaków macicy i co najważniejsza, z zupełnem powodzeniem. Taki więc piękny szereg kolejnych przypadków pomyślnych przemawia bardzo na korzyść tej metody operacyjnej, którą mówca gorąco poleca, jako postępowanie *par excellence* chirurgiczne.

Co się tyczy wycinania całkowitego macicy przez laparotomię, to przypomina prelegent, iż on to pierwszy polecił przecięcie pochwy, oddzielenie sklepień i uwolnienie macicy od dołu wykonać na początku, następnie dopiero przystąpić do laparotomii; później dopiero podobnie postępowali inni (Ott, Bardenheuer), o czem obecnie wielu autorów zapomniało, między innymi i Dr. Szuman w swej pracy. Ogłoszone później przez Gussenbauera postępowanie odwrotne — naprzód laparotomia a później obcięcie od pochwy — uważa mówca nie za ulepszenie, lecz za pogorszenie swego sposobu operowania.

Dyskusyę odłożono do następnego odczytu, dotyczącego tej samej kwestyi, który miał:

V. Prof. **Obaliński**: *O leczeniu włókniaków macicy.* Leczenie włókniaków macicy stanowi pytanie dotychczas nierozstrzygnięte. Było ono przedmiotem obrad na dwóch ostatnich kongresach międzynarodowych, zajmowało się nim wiele zjazdów specyalnych, ostatecznie kwestyi nie wyczerpano; przeważała jednak w ostatnich czasach dążność do zupełnego wycięcia macicy. Przyczyną tego było, że przy takiem postępowaniu otrzymano stósunkowo najmniejszy procent śmier-

telności. Okoliczność ta jednak nie skłania mówcy do całkowitego wycinania macicy, boć i po amputacyach dziś odsetka śmiertelności nie wynosi nawet 1%, a mimo to uciekamy się do nich dopiero w ostateczności. Podobnież *malum necessarium* stanowi wycinanie zupełne macicy, będące bądź co bądź ciężkiem okaleczeniem kobiety. Gdy postępowanie łagodniejsze, jak wstrzykiwanie ergotyny, elektroliza i podwiązywanie tętnic, nie prowadzą do skutku, nasuwa się samo przez się pytanie, dlaczego chirurdzy opuszczają wskazanie najracyonalniejsze — usuwanie samego włókniaka, tembardziej, że dążenie w tym kierunku było od dawna i do dziś się utrzymuje.

Począwszy od Velpeau wydobywanie włókniaków od strony pochwy i jamy macicznej było przez czas dłuższy jedynem, stósowanem w tych przypadkach postępowaniem; współcześni chirurdzy i ginekolodzy francuscy (Pean, Doyen, Pozzi, Ségond) stoją i dziś jeszcze na tem samem stanowisku. Godząc się z ich poglądami, oświadcza mówca jednak, że przynajmniej do połowy, jeśli nie więcej, włókniaków dostęp od strony otrzewny jest daleko łatwiejszy, niż od strony jamy macicznej. Zwróciwszy na to uwagę, zadał on sobie pytanie, dlaczego wyłuszczanie włókniaków od strony otrzewny tak mało ma dotychczas zwolenników i czy przyczyny dotychczasowych niepowodzeń tego postępowania nie dadzą się usunąć. By kwestyę tę rozstrzygnąć, zestawił prelegent nietylko swój materyał operacyjny, ale i przypadki Matlakowskiego, Marsa, kliniki ginekologicznej krakowskiej i wreszcie odpowiednie preparaty z zakładu prof. Browicza, w sumie ogólnej 55 przypadków włókniaków macicy.

Z przeglądu przypadków operacyjnych przekonał się prelegent, że jedną z głównych przyczyn niepowodzenia w wyłuszczaniu włókniaków macicy od strony otrzewny było zatrzymywanie się po zeszyciu rany wydzieliny, wywołujące nieraz w następstwie *sepsis*. Wobec tego, uważa w tych razach za konieczne zapewnienie wydzielinie odpływu na zewnątrz i w tym celu postępuje w sposób następujący: po wy-

łuszczeniu włókniaka ze ściany macicy wszywa on brzegi rany macicy w ranę brzuszną za pomocą szwów, łączących otrzewnę macicy z otrzewną ściany brzusznej; w ten sposób zamyka jamę otrzewnową, ranę zaś w ścianie macicy otwartą na zewnątrz tamponuje i leczy następnie jak zwykłą ranę pooperacyjną, aseptyczną. Twierdzenie, jakoby macica, operowana w ten sposób, miała być do czynności płciowych niezdolną, obaliły spostrzeżenia Porry i Löhleina, którzy dowiedli, że macica po rzeczonych operacyach może funkcyonować zupełnie prawidłowo zarówno podczas ciąży, jak i porodu.

Metoda ekstraperytonealnego operowania włókniaków macicy jest zresztą wskazana przez samą przyrodę· *Non fingendum esse aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura ferat atque faciat* — powiada Bakon, a ponieważ, jak widzimy, znajdujące się w ustroju produkty spraw chorobowych lub ciała obce częstokroć za pomocą zrostów dostają się same na zewnątrz, więc metoda ta odpowiada żądaniu Bakona. Dalej znajduje ona powszechne zastósowanie w usuwaniu bąblowca wątroby, w wydobywaniu kamieni z pęcherzyka żółciowego i t. p. Sam mówca używa jej w kamicy, w *appendicitis*, desinwaginacyi i ciąży zamacicznej a nawet proponuje zastósować ją w cystotomii, według sposobu Rydygiera.

Z ogólnej liczby 55-ciu, zebranych przez prof. Obalińskiego przypadków włókniaków macicy, czterdzieści a więc z górą dwie trzecie, nadawało się, zdaniem jego, do wyłuszczenia. Z ogólnej liczby operowano w trzydziestu siedmiu przypadkach; z nich do wyłuszczenia kwalifikowało się 28, wyłuszczano zaś tylko w 15-tu przypadkach. Operacyę tę ośm razy wykonano intraperytonealnie z wynikiem takim, że cztery chore wyzdrowiały, cztery zaś zmarły, co wynosi 50% śmiertelności; w pozostałych siedmiu przypadkach postępowano po wyłuszczeniu ekstraperytonealnie, ze skutkiem we wszystkich siedmiu przypadkach jak najlepszym. Dane te świadczą, że metoda ta jest rękoczynem stósunkowo łagod-

nym i pewnym; wobec tego, sądzi mówca, że będzie można na przyszłość, nie czekając aż wskutek nadmiernego rozrostu włókniaków wystąpią groźne objawy, operować je wcześnie. Wnioski swoje Prof. Obaliński streszcza w następujących punktach:

1) Przebieg włókniaków nie daje się przewidzieć, dlatego należy je usuwać w początkach.

2) Tembardziej jest to wskazanem, jeżeli który z objawów wzrasta.

3) Jedynie operacya daje pewne usunięcie włókniaka.

4) Każdy przypadek należy indywidualizować a to w celu użycia metody najłagodniejszej i najpewniejszej.

5) Do najłagodniejszych metod należy zaliczyć wyłuszczanie przez pochwę i przez laparotomię.

6) Ponieważ w dwóch trzecich przypadków daje się guz z łatwością wyłuszczyć, przeto Prof. Obaliński przy zestawieniu różnych metod, kładzie na 1-em miejscu wyłuszczenie, na 2-giem wydobycie macicy przez pochwę (Pean), na 3-ciem amputacyę (Zweifel), na 4-tem całkowite wycięcie macicy za pomocą laparotomii.

7) Wyjątkowo tylko należy trzebić lub dekortykować.

W dyskusyi nad odczytami prof. Rydygiera i Obalińskiego zapytuje się Dr. Dembowski (z Wilna) prof. Obalińskiego, czy nie miewał przy stósowaniu swojej metody następowych przepuklin w smudze białej. D. wyłuszczał raz włókniak, wychodzący z przedniej ściany macicy na wysokości ust wewnętrznych macicy; guz rozwinął się między listkami więzu szerokiego i nie mając miejsca do dalszego rozwoju w małej miednicy, pociągnął za sobą ku górze narządy małej miednicy tak, że wierzchołek pęcherza znalazł się na dwa poprzeczne palce poniżej pępka. Wobec tego mówca przy otwieraniu jamy brzusznej przedłużył cięcie ponad pępek i po nacięciu ściany macicy ponad guzem w kierunku czołowym z łatwością wyłuszczył guz cały. Gdy po wyłuszczeniu guza pęcherz opadł do wysokości spojenia łonowego, zaszył górną część rany brzusznej

a w dolną wszył ranę maciczną, poczem wytamponował gazą pozostałą po włókniaku jamę i leczył następnie ranę w ten sposób pozaotrzewnowo. Otóż w tym przypadku Dr. Dembowski był zmuszony po roku operować chorą powtórnie a to z powodu bardzo znacznej przepukliny w linii białej.

Dr. Dembowski jest w wielu przypadkach zwolennikiem całkowitego wyłuszczania macicy przez laparotomię, odrzucając *amputatio supravaginalis.* W operacyi tej trudnem jest przecięcie sklepień pochwy; by je ułatwić, obmyślił on narzędzie, którego model przedstawia. W czynności tego narzędzia główną rolę grają dwie poprzecznie położone sondy rowkowane, wypychające przez odpowiednie nastawienie obadwa sklepienia od strony pochwy ku górze tak, że następnie można je z łatwością przeciąć na owych sondach. Dokładny opis tego instrumentu poda mówca w *Przeglądzie chirurgicznym.*

Dr. Skałkowski był u Chrobaka przy powstawaniu opisanej przez prof. Rydygiera metody; podobnie jak i wiele innych stworzyła je potrzeba. Poprzednio Chrobak operował, podwiązując szypułę podwiązką elastyczną; przypadki jednak, w których nie można było utworzyć szypuły, skłoniły Chrobaka do obmyślenia nowej, w mowie będącej metody. Metoda ta jest idealną, gdyż otrzymuje się po operacyi jednolitą otrzewną, złączoną szwem pojedynczym. Zwraca dalej Dr. S. uwagę na odpowiednie oczyszczenie pochwy przed operacyą; powinna być ona desinfekcyonowana, między innemi i wyskokowym rozczynem sublimatu. Zwykły krążek drewniany, umieszczony na sondzie, może wskazywać, gdzie jest sklepienie i gdzie należy zakładać szwy. Mówca zaleca drenowanie pochwy knotem jodoformowym. Szew, łączący płaty otrzewny, nie powinien znajdować się naprzeciwko miejsca, gdzie mieszczą się w sklepieniu pochwy podwiązki; warunek ten jest zasadniczym punktem metody Chrobaka. W tym celu wycina Chrobak obydwa płaty otrzewnowe nierównej wielkości a mianowicie przedni znacznie większy, skutkiem czego po zeszyciu brzegów linia szwu idzie wężykowato i bar-

dziej ku tyłowi od linii środkowej. Nierówność płatów pochodzi także i ztąd, że odpreparowanie otrzewny na tylnej ścianie jest nader trudnem i łatwo przedziurawić w tem miejscu otrzewnę, gdy na przedniej ścianie odpreparować ją bardzo łatwo. Płat przedni musi być jeszcze i z tego względu bardzo wielki, iż otrzewna kurczy się znacznie; przekonał się o tem Chrobak przy pierwszym, metodą tą operowanym przypadku, gdzie zeszycie otrzewny przedstawiało dość znaczne trudności ze względu na niedostateczną wielkość płatów. Metoda ta w niektórych przypadkach, np. włókniakach szyjki macicy, przerosłych na boki, jest zdaniem mówcy jedynym, dającym się zastósować sposobem chirurgicznym; przed jej powstaniem przypadków takich starano się nie leczyć operacyjnie.

Dr. Neugebauer znajduje, że sposób prof. Obalińskiego, w zasadzie bardzo racyonalny w praktyce nadaje się w wyjątkowych tylko przypadkach, dzięki następującym trzem dość rzadko trafiającym się okolicznościom: 1) zmiany następowe w przypadkach zadawnionych, t. j. zrosty ścisłe z torebką guza i ztąd niemożliwość wyłuszczenia; 2) topograficzna siedziba włókniaka; w razie włókniaków w tylnej ścianie macicy, wyłuszczanie ich sposobem prof. Obalińskiego byłoby nieracyonalnem, gdyż sprawiałoby *anteversio uteri fixata;* 3) mnogość włókniaków, stanowiąca zjawisko dość częste; czy w tych przypadkach poprzestać mamy na wyjęciu większych włókniaków przedniej ściany macicy, aby w rok lub później cierpienie powracało i operacyę przedsiębrać na nowo? Wobec tego, Dr. N. prosi prelegenta o ściślejsze określenie rodzaju włókniaków, które dadzą się metodą jego operować, jak również i o wypowiedzenie swojego poglądu na leczenie operacyjne przypadków *myomatosis multiplex.*

Dalej zapytuje się prof. Obalińskiego, czy w swych przypadkach nie spostrzegał podczas pierwszego po operacyi miesiączkowania wydzieliny krwawej przez przetokę rany; krwawienie takie z szypuły macicy po operacyi Porry przy leczeniu ekstraperytonealnem nie są bynajmniej rzadkie.

Co do przyrządu demonstrowanego przez Dra Dembowskiego, to zwraca mówca uwagę na podobny przyrząd, użyty raz jeden przez Martina przy odprowadzaniu wynicowanej do pochwy macicy, nadto rysunek podobnego przyrządu widział w *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde* z 1810—1825 r. Przyrząd ten składał się z obrączkowatego wianka, opartego na trzech nóżkach na sposób *pessaire en bilboquet;* wianek ten osadzony był na stalowym pręcie zakrzywionym stósownie do osi macicy, zaopatrzonym w drewnianą rączkę; proponowano ten przyrząd do podnoszenia macicy ku górze od strony pochwy w celu ekstyrpacyi macicy za pomocą cięcia brzusznego. Wreszcie trzeci podobny i do tegoż celu przeznaczony elewator spotkał mówca w ostatnich numerach jednego z amerykańskich czasopism ginekologicznych *(New York Obstetr. Journal).*

Dr. Ziembicki: Prof. Obaliński dorzuca nową cegiełkę do arsenału metod dawniejszych; metoda ta jednak ogólnego zastósowania przy wszystkich włókniakach macicy znaleść nie może. Zresztą ogólnej metody w tym razie nie ma i być nie może ze względu na różnorodność włókniaków; ztąd też należy każdy przypadek indywidualizować. W najcięższych przypadkach, najracyonalniejszą jest metoda opisana dzisiaj przez prof. Rydygiera.

Z drugiej jednak strony bardzo dobrą a za mało u nas dotychczas stósowaną jest operacya podana przez Péana i Doyena a zwana *morcellement.* Doyen za pomocą tej operacyi usuwa guzy sięgające do pępka. Zabieg ten, racyonalnie wykonany, nie jest dla chorej niebezpiecznym; w literaturze polskiej lekarskiej opisów stósowania go znajdujemy bardzo mało. Przypadek, operowany przez mówcę, opisał Dr. Skałkowski.

Dr. Szuman zapytuje się prof. Obalińskiego, czy w tych przypadkach, gdzie wyłuszczał swoją metodą, zaszywał ranę po włókniaku i zeszytą wszywał następnie w ranę ścian brzusznych, czy też tamponował ją i tampony wyprowadzał na zewnątrz. Dalej zwraca Dr. S. uwagę, że Chro-

bak swoją metodą operował nie dziewięć, jak powiedział Dr. Skałkowski, lecz czterdzieści kilka przypadków, oprócz tego Rossander w Sztokholmie niezależnie od Chrobaka polecił tę samą metodę i operował nią szczęśliwie dziewięć przypadków.

Prof. J o r d a n nie zgadza się na pierwszy wniosek prof. Obalińskiego, według którego należałoby usuwać wszystkie włókniaki we wczesnych okresach ich rozwoju. Sekcye zwłok kobiet w wieku lat przeszło czterdziestu wykazują w 40% przypadków włókniaki, o których chore za życia często nie wiedziały, gdyż nie wywoływały one żadnych chorobowych objawów; z drugiej strony włókniaki, które dają objawy chorobowe, pod wpływem leczenia nie chirurgicznego lub też i bez leczenia, szczególniej przy zbliżaniu się *climacterium*, nieraz zmniejszają się i giną, wobec czego Dr. Jordan, zgodnie z współczesnym, panującym w ginekologii poglądem sądzi, że takie tylko przypadki należy operować, gdzie leczenie bezkrwawe przez czas dłuższy nie pomaga a niedokrewność chorej wzrasta.

Dr. B y l i c k i jest zdania, że myomotomia nigdy nie stanie się operacyą tak ogólnie stósowaną, jak n. p. owaryotomia; przyczyną tego jest, że myomotomia nie jest i nie będzie operacyą typową.

Co do pierwszego wniosku prof. Obalińskiego, to Dr. Bylicki godzi się ze zdaniem prof. Jordana. Zwraca dalej uwagę na ważną a zamało dotychczas ocenioną zasługę prof. Rydygiera przez wprowadzenie przezeń modyfikacyi *exstirpationis uteri abdominalis* Freunda, która polega na przecięciu sklepień i oddzieleniu macicy od strony pochwy, dopiero zaś po uwolnieniu macicy od dołu przystępuje się do laparotomii.

Co do narzędzia, podanego przez Dra Dembowskiego, to sądzi mówca, że instrument ten jest zupełnie zbyteczny i że jako taki, nie znajdzie on szerszego zastósowania w ginekologii.

Dr. S o ł o w i j przyznaje, że wyłuszczanie mięśniowłókniaków macicy, zwłaszcza u kobiet młodszych stanowi postępowanie idealne, gdyż pozostawia im macicę zdolną do czynności; pozostałe jednak zarodki guzów rozwijają się później i wywołują często potrzebę powtórnej laparotomii. Wobec tego jedynie bardzo nieznaczna ilość przypadków mięśniowłókniaków nadawałaby się do wyłuszczania. Z pomiędzy metod operacyjnych wyłuszczania tych guzów skłaniają się operatorzy do metody śródotrzewnowej, pomimo, że rezultaty metody pozaotrzewnowej (Hegara) są, ogółem wziąwszy, pomyślniejsze. Przyczyną tego jest, że ta ostatnia metoda 1⁰ pozostawia szeroką bliznę, zdolną do wytwarzania przepukliny brzusznej i 2⁰ wymaga dłuższego leczenia po operacyi. Metoda wyłuszczania podana przez prof. Obalińskiego ma wszystkie wady metody pozaotrzewnowej, brak zaś jej zalet tego postępowania a mianowicie radykalności.

Co do pierwszego punktu wywodu prof. Obalińskiego, to godzi się mówca na uwagi prof. Jordana i Dra Bylickiego.

Dr. S c h r a m m operował w ostatnim przypadku włókniaków sposobem dziś opisanym przez prof. Obalińskiego. W tym przypadku guz znajdował się w powierzchownej warstwie na szczycie macicy. Po wyłuszczeniu go okazało się, że oddzielony z przedniej powierzchni, owalny płat był za mały, by przykryć obnażony miąższ macicy, której otrzewna pękła w dolnej części tylnej ściany podczas wyłuszczania guza w jamie brzusznej. Z tej przyczyny, by uniknąć sączenia się krwi do jamy brzusznej, wszył mówca macicę w dolny kąt rany brzusznej po obszyciu jej naokoło otrzewną ściany brzusznej. Zupełne zagojenie rany nastąpiło w przeciągu kilkunastu dni. Postępowanie takie stósuje się wszędzie, gdzie jest obawa, by krew lub wydzielina nie dostawały się do jamy brzusznej; okazało się ono we wszystkich tych przypadkach doskonałym środkiem ochronnym, spodziewać się więc należy, że i przy wyłuszczaniu włókniaków macicy da dobre wyniki. Postępowanie to, zastósowane do włókniaków macicy przez prof. Obalińskiego, ze

względu na to, że jest w użyciu oddawna w wielu analogicznych przypadkach, nie zasługuje, zdaniem mówcy, na nazwę nowej metody.

Prof. M a r s twierdzi, zgodnie z poprzednimi mówcami, że punkt pierwszy wywodu prof. Obalińskiego musi uledz bardzo poważnym ograniczeniom. Za główne wskazanie do operacyi włókniaków macicy uważa mówca szybki ich wzrost.

Prof. R y d y g i e r sądzi, że sposób prof. Obalińskiego może znaleść w niektórych przypadkach zastósowanie; metoda ta jednak, jako dążąca zasadniczo do gojenia rany macicy *per secundam*, nie odpowiada ideałowi doraźnego gojenia ran.

Prelegent prof. O b a l i ń s k i zakończa dyskusyę, odpowiadając na poczynione metodzie swojej zarzuty:

1⁰ Co do pierwszego punktu swego wywodu, nie miał na myśli wszystkich w ogóle włókniaków, lecz tylko te, które przedstawiają pewne objawy niepokojące;

2⁰ przepuklina brzuszna powstaje tu daleko trudniej, niż po innych sposobach operacyjnych, gdyż macica wszyta w ścianę brzuszną, wypełniając sobą otwór, zapobiega temu;

3⁰ włókniaki tylnej powierzchni macicy można również metodą tą operować, trzeba tylko stósownie nachylić macicę ku przodowi. Zresztą statystyka wykazuje, że włókniaki macicy znajdują się głównie w górnej jej części;

4⁰ w *multiplicitas* włókniaków postępowanie zależy od wielkości guzów; gdy są małe, mówca wyłuszcza je, gdy są wielkie, zalicza dany przypadek do nienadających się do operowania jego metodą;

5⁰ sposób opisany przez siebie nazywa metodą dlatego, że nie stósuje go w tych tylko przypadkach, gdzie go do tego zmusza obawa przed dostaniem się krwi do jamy brzusznej, jak to było w przypadku Dra Schramma, a używa go metodycznie wszędzie, gdzie znajduje odpowiednie, podane powyżej stósunki.

Posiedzenie trzecie d. 24. Lipca o godz. 4. po południu.

Przewodniczący Dr. Szuman z Torunia.

VI. Dr. **Fr. Neugebauer** okazał szereg preparatów szkieletowych, kręgosłupa i miednicy, przedstawiających zmiany chorobowe (*spondylolisthesis*, *fractura*) i omówił sposoby ich powstania, poczem miał wykład: *O zarośnięciu i zwężeniu pochwy*. Wykład ten, oparty na licznych spostrzeżeniach, własnych i bogatej kazuistyce z literatury, nienadaje się do krótkiego streszczenia. Rzecz, sama przez się na pierwszy rzut oka sucha i mało zajmująca, ilustrowaną była mnóstwem rysunków i podobizn fotograficznych i wypowiedziana z takim humorem, iż słuchacze z zainteresowaniem i przyjemnością wysłuchali przeszło godzinę trwającego odczytu.

VII. Dr. **Kryński**. *O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny*. Wykład ten drukowany był w całości w Nr. 48, 50, 51 i 52. *Przeglądu lekarskiego* z r. z.

W dyskusyi nad odczytem Dra Kryńskiego zabrał głos Dr. Szuman. Wykonał on laparatomię z powodu gruźliczego zapalenia otrzewny cztery razy. Z tych w jednym przypadku, w ranie brzusznej, na razie zagojonej przez rychłozrost, powstały później przetoki kałowe; w drugim dalsze losy chorej nie są wiadome. Pozostałe dwa przypadki dały wynik pomyślny: w jednym z nich wyleczenie stwierdzono w $1^1/_2$ roku po operacyi, w drugim we dwa lata. Wobec tego prosi mówca uczestników posiedzenia, by podali, jak często spotykali się w tych razach ze stałem wyleczeniem. Co do przyczyn dobrego wyniku, otrzymywanego w tych przypadkach przez leczenie operacyjne, jest on zdania, że najwięcej prawdopodobnem jest tłómaczenie Königa.

Dr. Ziembicki zwraca uwagę na leczenie operacyjne zapaleń otrzewny, powstałych wskutek przedziurawienia jelita u chorych na dur brzuszny i wnosi, by poddano tę kwestyą pod obrady przyszłego zjazdu chirurgów polskich.

Dr. Załoziecki uznaje potrzebę wypróbowania operacyjnej metody leczenia takich przypadków *peritonitis e per-*

foratione i dlatego przystaje na wniosek Dra Ziembickiego. Mówca miał sam w swej praktyce podobny przypadek, gdzie chory w 15-ym dniu duru dostał przedziurawienia kiszki a ocalał jedynie dzięki pomocy operacyjnej.

Dr. Drobnik jest zdania, że przyczyną zapaleń ropnych otrzewnej, powstałych po przedziurawieniu kiszki, bywa zwykle *bacterium coli commune.* Raz tylko wyhodował Dr. Drobnik w takim przypadku gronkowce i raz dwoinki Friedländera. W przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej bez poprzedniego przedziurawienia kiszki znajdował mówca rozmaite bakterye ropotwórcze; przypadki te mają przebieg kliniczny względnie łagodny i dają zwykle przy leczeniu operacyjnem wyniki dobre.

Dr. Barącz wykonywał laparatomię, dwa razy w zapaleniu otrzewnej gruźliczem i raz w zapaleniu ropnem po *paratyphlitis.* Pierwszy z tych przypadków dotyczył dziecka trzyletniego. Operował tu Dr. B. metodą Lauensteina: wypuściwszy około 2 litrów płynu, osuszył otrzewnę i poddał ją na dziesięć minut działaniu promieni słonecznych. Od czasu operacyi upłynęły cztery miesiące: płynu w otrzewnej niema zupełnie, chora wygląda znacznie lepiej. W drugim przypadku miał mówca do czynienia z chorym w wieku lat 43, ze stłumieniami w szczytach płuc i dużym guzem w jelicie ślepem; prócz tego, w czasie operacyi dostrzegł małe guzki na otrzewnej trzewiowej, otrzewnej ściennej i na sieci. Obrzękłe jelito pokryte było grubą warstwą płynu gęstego, galaretowatego; w danym przypadku ograniczył się mówca do osuszenia otrzewnej i zaszycia jamy pochwowej. Badanie chorego w miesiąc po operacyi wykazało, że obrzęk guzowaty ustąpił, stan ogólny się polepszył, ilość laseczników gruźliczych w plwocinie zmniejszyła się. Przyczyn skutecznego działania laparatomii w zapaleniu otrzewnej gruźliczem dotychczas dokładnie nie znamy. Dr. Barącz tłómaczy je sobie działaniem światła słonecznego po otwarciu otrzewny, co wpływa ujemnie na laseczniki, nadto pewnem podrażnieniem otrzewny, wywołującem polepszenie stosunków jej od-

żywczych. Trzeci przypadek tyczył się dziewczynki dziewięcioletniej; miała ona *perityphlitis*, z którego następnie powstało rozlane zapalenie ropne całej otrzewny. Po otwarciu jamy brzusznej wypuścił z niej około 2 litrów ropy, przepłukał ją następnie ośmiu litrami ciepłego 2°/₀ rozczynu kwasu borowego i wprowadził do rany brzusznej sączki. W dalszem leczeniu mówca obracał często chorą brzuchem na dół, według sposobu polecanego przez Königa w przypadkach ropotoku klatki piersiowej; ostatecznie w tym przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie chorej.

Dr. Kader zapalenia otrzewnej, powstałe skutkiem przedziurawienia jelit, dzieli na: 1-o złośliwe, 2-o względnie łagodne. W pierwszej z tych kategoryi badania mikroskopowe i bakteryologiczne wykazują stósunkowo nieznaczną ilość bakteryj; przebieg zaś kliniczny choroby, w którym dominuje zapad serca, przemawia za samootruciem organizmu toksynami i gazami, które wytworzyły się w kiszkach i po dostaniu się do jamy brzusznej, zostały tam bardzo szybko wessane. Tu więc do wywołania tak ciężkich objawów nie trzeba wcale bakteryj, wystarcza zatrucie organizmu przez resorbcyę wytworów toksycznych i gazów. Drugą kategoryę zapaleń otrzewny, o których mowa, stanowi następstwo zakażenia (*infectio*) drobnoustrojami. Zapalenie zaczyna się tu w pewnem ograniczonem miejscu otrzewny, powoli z ogniska tego rozszerza się na części sąsiednie, aż wreszcie ogarnia całą otrzewną. Zapad serca bywa w tym razie znacznie mniejszy; rokowanie jest znacznie lepsze. Między dwoma opisanemi tu odmianami jest dużo postaci przejściowych.

Co się tyczy zapalenia otrzewny gruźliczego, Dr. Kader odróżnia w niem trzy postacie:

1° zapalenie gruźlicze surowicze (*peritonitis tuberculosa serosa*); cechujące się wielką ilością przesięku płynnego; leczenie, polegać tu winno na laparotomii, poczem jamę brzuszną tamponuje się według Mikulicza, podobnie, jak w gruźliczem zapaleniu stawów (*hydrops tbc. articulorum*).

2^0 zapalenie gruźlicze otrzewny, w którem mamy bardzo liczne gruzełki, gruźlicze granulacye, zrosty otrzewnowe (*peritonitis tuber. fungosa*). W przypadkach tych stósujemy laparotomię, niekiedy w kilku miejscach, poczem ranę tamponujemy, jak poprzednio.

3^0 zapalenie gruźlicze serowate (*peritonitis tuberculosa caseosa*) znajduje się tu zwykle kilka większych ognisk, zawierających gruźlicze masy serowate; prócz tego bywają i liczne zrosty. Przypadki te leczyć należy w ten sposób, że każde ognisko otwiera się oddzielnie, skrobie się ostrożnie łyżeczką i następnie wytamponuje gazą jodoformową. Rokowanie w postaci pierwszej i trzeciej bywa stosunkowo lepsze, aniżeli w drugiej.

Lecznicze działanie laparotomii tłómaczy sobie Dr. Kader zwiększeniem się odżywiania (skutkiem przekrwienia), podobnie jak w metodzie Biera, gdzie zabójczo na bakterye działa miejscowe przekrwienie.

Dr. Drobnik, zgodnie ze zdaniem Dra Kadera, przypisuje lecznicze znaczenie laparotomii przekrwieniu otrzewny. W zapaleniu otrzewny rozlanem zakaźnem, poleca Dr. Drobnik cięcie laparotomijne w linii białej i nad więzami Pouparta, w razie zaś potrzeby nawet i od strony pochwy lub odbytnicy; w ten sposób można sprawę ogólną ograniczyć do pewnych tylko części otrzewny.

W zapaleniu otrzewny, wywołanem przez przedziurawienie jelita, celem operacyi jest odnalezienie w kiszce otworu, zaszycie go i oczyszczenie jamy brzusznej z wypadłej do niej treści jelit.

Dr. Kryński oświadcza w odpowiedzi drowi Drobnikowi, że rola etyologiczna *bacterium coli comm.* w powstawaniu *peritonitis* jest dotychczas niejasna, gdyż i sama ta nazwa nie oznacza żadnej postaci odrębnej, lecz stanowi pojęcie zbiorowe, obejmujące liczne formy drobnoustrojowe. W jednej z najnowszych prac opisali Tavel i Lanz 31 gatunków tych bakteryj. Ciężkość objawów zapaleń otrzewny powstałych po przedziurawieniu zależy głównie od dostania

się do jamy otrzewny treści jelitowej, a więc ciał stałych drażniących mechanicznie, związków chemicznych i różnych wytworów drobnoustrojów, wreszcie gazów, co wszystko razem wzięte wywyłuje zakażenie septyczne, bardzo groźne. W gruźlicy otrzewny wpływ światła słonecznego, któremu Dr. Barącz tak ważne przypisuje znaczenie za przykładem Lauensteina, rzeczywiście sprowadzić możemy do zera. Jak wykazały badania Mosetig-Moorhofa, potwierdzone potem przez innych, często zapalenie gruźlicze otrzewny wyleczyć można bez laparotomii, zamiast której wykonują ci chirurgowie przekłucie ściany brzusznej, wypuszczenie wysięku i wtłoczenie pewnej ilości powietrza. Tu więc działanie światła jest wykluczone zupełnie, korzystny zaś wpływ takiego postępowania przypisują działaniu samego powietrza (Mosetig-Moorhof) lub zawartemu w niem tlenowi (Braatz). Podział zapaleń zakaźnych otrzewny na dwie kategorye, podany przez dra Kadera, etyologicznie nie jest słuszny; zarówno postać pierwsza, jak i druga łagodniejsza, są natury zakaźnej, zależne od pewnych postaci drobnoustrojów, tylko że w pierwszej do jamy otrzewnej dostaje się odrazu po przedziurawieniu mnóstwo substancyj rozkładowych gnilnych i toksyn, które bardzo szybko wywołują zatrusie ustroju, gdy w innych przypadkach ilość tych ciał trujących jest stosunkowo mała, drobnoustroje przeszłe do otrzewnej mają czas tam się rozmnażać ustrój zaś ma jeszcze możność mniej lub więcej skutecznej obrony. Różnica więc jeżeli jest, to tylko ilościowa, podczas gdy przyroda sprawy chorobowej i tu i tam jest jedna. — Przekrwienie, mające niewątpliwie ważne znaczenie w sprawie gojenia się zapalenia gruźliczego otrzewny, stanowi dopiero ostatnie, dalekie następstwo wykonanej laparotomii, nie można go uważać za główny czynnik, od którego zależy lecznicze działanie tej operacyi. Ażeby mogło rozwinąć się to przekrwienie, na to trzeba całego szeregu następstw bezpośrednich operacyi, a więc usunięcia wysięku i mas serowatych, rozdzielenia zrostów, podrażnienia mechanicznego otrzewny, wpływu powietrza według Mosetig-Moorhofa i t. d., co wszy-

stko razem wzięte wywołuje przekrwienie i odczyn tkankowy, prowadzące do wyleczenia. Tak więc korzystny wpływ laparotomii na przebieg zapalenia gruźliczego otrzewny stanowi, zdaniem mówcy, następstwo całej sumy czynników, stworzonych przez operacyę, będąc tym sposobem jedynie racyonalnym i prowadzącym do celu środkiem leczniczym.

VIII. Dr. **Kozłowski**: *O leczeniu guzów krwawniczych.* (Sprawozdanie własne).

Dr. Kozłowski mówi o operacyjnem leczeniu guzów krwawniczych metodą Esmarcha; zaleca ją, opierając się na tej zasadzie, że otrzymuje się tu rychłozrost ran powstałych po wycięciu guzów, podczas gdy przy dawniejszym sposobie Langenbecka, polegającym na odpaleniu guzów, gojenie się przypalonych powierzchni trwa znacznie dłużej. Prócz tego szybkość, łatwość i prostota wykonania operacyi tą metodą, doskonałe wyniki, brak wszelkich powikłań, jak krwotoków następowych, zwężeń bliznowatych lub nawrotów cierpienia, stanowczo przemawia za szerszem rozpowszechnieniem tej operacyi wśród ogółu lekarzy. Technika samej operacyi polega na tem, że po gwałtownem rozszerzeniu, względnie rozdarciu zwieracza odbytu (Recamier-Maisonneuve), chwyta się każdy oddzielny guz w kleszczyki, przez jego podstawę zakłada szew materacowy, podobnie jak do okłucia, nie zawiązując go jednak na razie; następnie odcina się nieco klinowato nożyczkami cały guz, poczem zawiązawszy wspomniany wyżej szew, tamuje się tym sposobem krwotok a zarazem zbliża do siebie brzegi rany: ostatecznie jeżeli brzegi te niezbyt dobrze przylegają do siebie, zespaja się je dokładniej dodatkowymi szwami. Przytem uważać należy, aby kierunek rany, względnie przyszłej blizny, przebiegał promienisto do otworu stolcowego. Dalsze postępowanie pooperacyjne, jak zwykle po operacyach hemoroid. Sposobem tym wykonano w klinice chirurgicznej krakowskiej 17 operacyj guzów krwawniczych z wynikiem bardzo dobrym, bez żadnych powikłan i bez nawrotów cierpienia.

W dyskusyi nad odczytem Dr Kozłowskiego zabrał głos prof. Obaliński. Używa on w ostatnich czasach stale sposobu leczenia guzów krwawniczych, podanego przez Sklifasowskiego. Sposób ten polega na zmodyfikowaniu metody Langenbecka przez dodanie do niej podwiązywania guzów. Wyniki otrzymane przez mówcę są bardzo dobre.

IX. Dr. A. **Majewski**: *Przyczynek do leczenia wgłobień jelita.* Odczyt ten pomieszczony był w numerze 40-tym *Przeglądu lekarskiego* z roku 1894.

W dyskusyi nad odczytem Dra Majewskiego oświadczył Dr. Schramm, że opisane przez prelegenta przypadki należą do rzadkich i że wyciągnąć wgłobione jelito udaje się wtedy tylko, gdy wgłobienie tworzy się bardzo powoli i stopniowo.

Na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie czwarte z dnia 25. Lipca o godz. 10-tej rano.

Przewodniczący Dr. Załoziecki z Czerniowiec.

X. Profesor **Rydygier** przedstawia chorego, któremu wykonał laparotomię z powodu cierpienia rozpoznanego pierwotnie w klinice wewnętrznej a potem w chirurgicznej jako *pyonephrosis tuberculosa.* Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że sprawa chorobowa dotyczy nie nerki lecz gruczołów chłonnych pozaotrzewnowych; stanowiły one guz ruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka, wewnątrz w wielu miejscach zropiały. Guz ten wszył mówca w ścianę brzuszną, łącząc za pomocą szwów otrzewnę boków guza z brzegami rany, poczem sam guz naciął i części zropiałe wyskrobał; guz ten przez dalsze ropienie stopniowo się zmniejszał tak, że teraz nie jest większy od jabłka średniej wielkości. Jednocześnie stan ogólny chorego poprawił się znakomicie; przez trzymiesięczny pobyt w klinice chory zyskał na wadze około 10 kilogramów.

XI. Dr. **Wehr** opisuje przypadek połknięcia blaszki sztucznego podniebienia wraz z zębami; długość jej wynosiła mniej więcej $2^1/_2$ cm. Nie będąc w stanie ciała tego wydo-

być haczykiem Graefego, wykonał mówca ezofagotomię zewnętrzną i przez ranę operacyjną przełyku wydobył blaszkę kleszczykami, wykonawszy przytem nią ćwierć obrotu. Ranę zeszył mówca katgutem; zagoiła się ona w trzy tygodnie, pozostała tylko mała blizna z boku szyi zupełnie ruchoma.

Dane statystyczne zebrane przez Fischera a dotyczące ciał obcych w przełyku, są podług autora następujące: Co się tyczy natury ciała obcego, to w 34$^0/_0$ przypadków mamy do czynienia ze szczęką sztuczną, w 33$^0/_0$ z kośćmi, w 7$^0/_0$ z monetami i t. d. Śmiertelność w tych razach nie przenosi 25$^0/_0$; przyczyną zejścia śmiertelnego bywa *perforatio*, *perioesophagitis*, *mediastinitis*, *phlegmone colli*, wreszcie krwotok (w 6$^0/_0$ przypadków). Ezofagotomia daje dobre wyniki w pierwszych 24 godzinach; drugiego dnia już gorsze o 6$^0/_0$. Po dłuższym czasie, w lat kilka, po dostaniu się ciała obcego do przełyku, wyniki są znów dobre. Dalej, wyniki są stósunkowo lepsze, jeżeli ciało obce jest większych rozmiarów, n. p. dobrze zakończyły się przypadki, gdzie z przełyku wydobywano widelec. Ciała ostre są niebezpieczne ze względu na możliwość przebicia aorty. W leczeniu następowem zaleca Dr. Wehr używanie cewników na pół twardych. Znalezienie przełyku nie zawsze jest, zdaniem Dra Wehra, rzeczą łatwą.

W dyskusyi podaje Dr. Szuman, że w jednym przypadku wydobył przez usta z przełyku kawałek szczoteczki rozmiarów nieco większych, niż okazany przez Dra Wehra.

XII. Dr. **Ziembicki** przedstawia chorą, która zgłosiła się do niego z ropniem na szyi. Po nacięciu ropnia i po wypuszczeniu z niego około 200—250 grm. cuchnącej ropy, doszedł mówca do przełyku, który okazał się przedziurawionym przez kość długości 1$^1/_2$—3 cm. Kość ta przebiwszy ścianę przełyku utkwiła w kręgosłupie.

Dalsze badanie wykazało, iż powstałe w skutek tego ropienie opuściło się ku dołowi do śródpiersia, wywołując tam także zapalenie ropne (*mediastinitis postica*). Wobec tego przystąpił Dr. Z. do odkrycia śródpiersia od tyłu i w tym

celu zrobił częściową resekcyę 3., 4., 5. i 6. żebra w tylnej ich części obok kręgosłupa; wycięte kawałki żeber miały do 2 cm. długości. Przez otrzymany drogą tą otwór wprowadzono dren. Leczenie to dało wyniki zupełnie zadawalniające. Metodę operowania w *mediastinitis postica* uważał autor początkowo za swoją, następnie jednak spotkał się z jej opisem w pracy Nasiłowa w *Wraczu* z 1888 r.

W dyskusyi nad odczytem Dra Ziembickiego Dr. Bar ą c z dodaje, że prócz Nasiłowa zajmowali się kwestyą dostania się do *mediastinum posticum* Quénu i Hartmann. Autorowie ci na posiedzeniu *Societè de Chirurgie* w dniu 4. Lutego 1891. zdali sprawę z odnośnej pracy doświadczalnej i opisali własną metodę operacyjną polecają oni cięcie w środku pomiedzy wewnętrznym brzegiem lewej łopatki a wyrostkami grzbietowymi kręgów na 15 cm. długie, przecięcie lub podniesienie mięśnia kapturowego. Przecięcie *m. rhomboideus* i resekcyę kąta 3., 4. i 5. żebra w obszarze 2 cm. Po rozwarciu zewnętrznego brzegu rany można uzyskać otwór na 12 cm. długi, przez który da się dosięgnąć *mediastinum posticum* bez otwarcia opłucny, którą odsuwa się palcami. Autorowie ci polecają zawsze stronę lewą, ponieważ doświadczenia ich zrobione na mrożonych trupach, wykazały zgodnie z twierdzeniem Braunego, że dostanie się stroną prawą jest niebezpieczne. Po stronie prawej opłucna wysyła wypustki pomiędzy kręgosłup a przełyk, podczas gdy po stronie lewej odchodzi wprost od tyłu ku przodowi i ręką można łatwo dosięgnąć aorty i przełyku. Sprawy chorobowe w śródpiersiu tylnem, które wymagać mogą tego zabiegu, są według wspomnianych autorów następujące: 1) gruczoły gruźlicze, 2) sprawy ropne naokoło przełyku, ropnie opadowe od strony kręgów (drenowanie śródpiersia tylnego), 3) różne sprawy chorobowe w przełyku samym: *a*) ciała obce wklinowane, *b*) ograniczone nowotwory (*carcinoma oesophagi*) z wyłączeniem rozległych nacieków z powodu braku miejsca i niemożności zeszycia oddalonych od siebie przeciętych końców połyku, 4) wreszcie posługując się tym sposobem, można

dotrzeć łatwo do spraw chorobowych w górnych częściach płuca. Dr. B. wykonał tę operacyę kilkakrotnie na trupie i przekonał się, że dotarcie do śródpiersia tylnego za pomocą opisanej metody jest możliwe i nie trudne. Szczególnie nadawałaby się wspomniana metoda do drenowania śródpiesia tylnego i do wydobycia ciał obcych mocno wklinowanych w połyku. W celu usunięcia nowotworów złośliwych należałoby resekować o jedno żebro więcej, t. j. 6 żebro. Ostatni zabieg przedstawia bardzo znaczne trudności i wymaga osobliwej wprawy na trupach. (Sprawozdanie własne).

Dr. Kader opisuje przypadek z kliniki chirurgicznej wrocławskiej, w którym użyto takiej samej metody operacyjnej, aby dostać się do śródpiersia tylnego w celu wydobycia ciała obcego z lewego oskrzela.

XIII. Dr. **Barącz** przedstawia chorego, u którego wykonał z zupełnem powodzeniem wykluczenie jelita z powodu znacznych zmian stanowiących następstwo *paratyphlitis* i omawia obszerniej powstanie tej operacyi, jej technikę i wskazania. (Przypadek ten ogłoszony w *Przeglądzie lekarskim* z roku 1894. str. 221).

W dyskusyi prof. Obaliński opisuje swój podobny przypadek, gdzie z powodu gruźlicy jelita ślepego wykonał całkowite wykluczenie tego jelita wraz z częścią *coli ascendentis* i *ilei* i otrzymał zupełne wyleczenie chorej. (Przypadek ogłoszony w *Medycynie* 44. 1894).

Dr. Wehr chwali metodę wykluczania jelit i przyznaje jej zalety w niektórych przypadkach spraw chorobowych.

XIV. Dr. **Dembowski** przedstawia 1º odlewy gipsowe i fotografie z przypadku, w którym wykonał z powodzeniem rynoplastykę sposobem Israela; 2º fotografię chorego operowanego z dobrym wynikiem z powodu *meningocele spuria traumatica*.

W dyskusyi nad tym odczytem prof. Obaliński zwraca uwagę na tak korzystny rezultat otrzymany przez Dra Dembowskiego. Sam mówca jest zwolennikiem Wolfow-

skiego sposobu rynoplastyki, jakkolwiek Israel na zeszłorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich sposób ten mocno krytykował. Według tej metody wykonał niedawno mówca w jednym przypadku plastykę nosa i wynik otrzymał zupełnie zadawalniający.

XV. Dr. **Gabryszewski**: *O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej.* (Sprawozdanie własne). Dwa przypadki rozległego wypiłowania klatki piersiowej z powodu nowotworów jej ścian (z których jeden był przedstawionym w roku zeszłym w towarzystwie lekarskiem krakowskiem), skłoniły mówcę do wykonania kilku doświadczeń na psach celem przekonania się w jaki sposób się te rzeczy goją i jak się zachowuje płuco. Doświadczenia te nieukończone jeszcze, dają jednak już dziś pewne wyjaśnienia a mianowicie: płuco w miejscu ubytku ściany klatki piersiowej, przylepia się wkrótce do skóry, która również jak i krawędzie ściany klatki piersiowej pokrywać się zaczyna zdrową ziarniną. Płuco tylko w miejscu bezpośrednio sąsiadującem ze zlepem ulega atelektazie i częściowemu zbliznowaceniu, w ogóle jednak po pierwszem zapadnięciu powoli rozszerza się i wypełnia powietrzem tak, że mała tylko jest różnica w porównaniu z drugiem płucem. Zmniejszenie płuca jest tem większe, im większy ubytek w ścianie a zatem większe wpuklenie skóry do jamy opłucnowej. O żadnej rozległej atelektazie płuca mowy nie ma. Operacyę tę wykonywać można śmiało, zachowując pewne ostrożności t. j. płat skóry ma być znacznie większy niż ubytek w klatce piersiowej, jamę opłucnową należy otwierać powoli aby się chory przyzwyczaił do nowych stósunków oddychania, przepłukiwania wszelkie są szkodliwe. Postępowanie Witzla, który wypełnia jamę opłucnową wodą a potem ją wyciąga i przez to płuco rozszerza, może w danym przypadku ratować życie.

XVI. Prof. **Rydygier** przedstawia nowsze narzędzia i przyrządy chirurgiczne: *a*) przyrząd ortopedyczny Hessinga do leczenia zapaleń stawu kolanowego, *b*) przyrządy tegoż fabrykanta do ustalania zranionych kończyn dolnych na polu

bitwy *(Kriegsapparate)*, *c*) piłkę w postaci nakarbowanego drutu stalowego, podaną przez Gigliego, *d*) piłę Helfericha, *e*) zasówki hemostatyczne, zmodyfikowane według dawnych wzorów i wprowadzone w użycie przez Dra Kozłowskiego.

XVII. Prof. **Rydygier**: *O leczeniu gruźlicy stawów.* Wyniki wykładu swego streszcza mówca w sposób następujący: (Sprawozdanie własne).

1) Leczenia zachowawczego nie należy uważać za postępowanie współzawodniczące z leczeniem operacyjnem, przeciwnie jedno uzupełnia drugie.

2) Które postępowanie w danym przypadku wybrać, zależy to od stanowiska socyalnego chorego, od jego wieku, od ogólnego stanu jego zdrowia, od zmian miejscowych i od tego, jaki staw jest zajęty.

3) Skoro mamy wybitne zropienie stawu dążące do postępowania i zniszczenia całego stawu, należy przystąpić do operacyi.

4) Im doskonalsze mamy środki leczenia konserwatywnego, tem więcej ograniczyć możemy operacye.

5) Najlepszy sposób leczenia konserwatywnego jest taki, który pozwala choremu na używanie świeżego powietrza i ruchu, nie narażając jednocześnie stawu na podrażnienie.

6) Najlepszy sposób leczenia operacyjnego jest taki, który najdokładniej dozwala wydalić części chorobowo zmienione, bez zbytnich względów na późniejszą czynność stawu, w niektórych stawach zaleca się wprost zupełne zniesienie stawu.

7) Zbyt późne oddawanie do operacyi przypadków gruźlicy stawów polepsza wprawdzie statystykę leczenia konserwatywnego, nie wychodzi jednak na korzyść chorym; tak samo, jak zawczesne operowanie niepotrzebnie nieraz kaleczy. Wybrać na jedno i drugie odpowiedni czas, to właśnie szczytne zadanie myślącego i doświadczonego chirurga; szablonu tu być nie może.

8) Dzielną pomocą leczenia miejscowego jest leczenie ogólne, mianowicie pobyt nad morzem lub w odpowiednich kąpielach.

Posiedzenie piąte dnia 26. Lipca o godzinie 4. popołudniu.

Przewodniczący Dr. Drobnik z Poznania.

XVIII. Dr. **Kader** *O leczeniu choroby Basedowa.* Mówca przytacza dotychczasowe poglądy na powstawanie różnych objawów tej choroby i wykazuje, że są one po większej części nieuzasadnione i nie tłómaczą ich powstawania i strony etyologicznej cierpienia. Dalej opisuje przypadki choroby Basedowa, spostrzegane przez siebie w klinice chirurgicznej wrocławskiej i opierając się na nich, stara się dowieść istnienia ścisłego związku między chorobą tą a zmianami chorobowemi w zwojach nerwu współczulnego na szyi. Odczyt swój autor przedstawia obecnie tylko jako doniesienie tymczasowe, szczegółowe uzasadnienie poglądów swoich odkłada on do pracy obszerniejszej, niedługo mającej wyjść z druku.

Dr. Ziembicki do dyskusyi z Dr. Barączem, z powodu swego wykładu na poprzedniem posiedzeniu, dodaje, że pierwszym, który zaproponował chirurgiczne torowanie sobie drogi do śródpiersia tylnego przez resekcyę żeber od tyłu i odklejanie opłucny, był Nasiłow a nie wymienieni przez Dr. Barącza autorzy francuscy Hartmann i Quénn, którzy dopiero później opisali taki sam sposób postępowania.

XIX. Dr. **Gabryszewski**. *O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów* w klinice krakowskiej za przeciąg czasu od roku 1887 do r. 1893. Mówca podaje liczby, tyczące się wyników operacyjnie leczonych przypadków gruźlicy różnych stawów. Wniosków autor z danych tych nie wysnuwa; odkłada on je do pracy obszerniejszej o tym przedmiocie.

W dyskusyi nad odczytem Dr. Gabryszewskiego oświadcza Dr. Wehr, że w gruźlicy stawów, szczególniej u dzieci, stosuje on z wielkiem powodzeniem jodoform. Operacye wykonywa autor zwykle atypowe; poczem ranę tamponuje i koń-

czynę ustawia w położeniu odpowiedniem zapomocą szyn i opatrunku ustalającego; później w niektórych razach w celu przyspieszenia zagojenia się już powierzchownej rany stosuje mówca operacye plastyczne sposobem Reverdina lub Thierscha.

Dr. Kader podaje, że w klinice chirurgicznej wrocławskiej stosują w zapaleniu gruźliczem stawów przeważnie metodę Biera; wyniki daje ona bardzo dobre, szczególniej w gruźlicy błon okołostawowych. Jednocześnie w razie potrzeby je skrobią, wypuszczają ropę, wyjmują martwiaki kostne i t. d. Metoda Biera daje dobre wyniki nawet i w leczeniu flegmon; stosuje się ją wtedy po odpowiednich nacięciach.

Dr. Ziemacki zwraca uwagę na zalety metody Lannelonguea, polegającej na wstrzykiwaniu dwuchlorku cynku; sposobem tym leczył koło 20-tu przypadków; wyniki otrzymał dość dobre, jednakże w niektórych z nich ostatecznie trzeba było uciec się do resekcyi stawu.

Dr. Drobnik przytacza swoje postępowanie w leczeniu gruźlicy stawów. Od paru lat używa on nowego sposobu, t. zw. kanalizacyi kości, polegającego na robieniu otworów i kanałów różnej długości w chorej kości, które następnie tamponuje gazą. Metodę tę wprowadził mówca po raz pierwszy, lecząc zapalenie gruźlicze kolana u jednego chorego, który nie chciał się zgodzić na amputacyę pomimo przypadku bardzo zapóźnionego i niepomyślnego, po zrobieniu takiej kanalizacyi nastąpiło wyleczenie i chory ten obecnie chodzi dobrze. Od tego czasu postępowanie takie stosuje mowca dość często.

Dr. Kryński zapewnia, że kanalizowanie stawów gruźliczych nie jest wcale rzeczą nową; dawniej już stosował je Wahl, na tegorocznym zaś zjeździe w Rzymie polecał Stokes postępowanie takie w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.

Dr. Gabryszewski twierdzi, że wtrzykiwania do stawu są bardzo bolesne; sądzi zarówno, że i stosowanie metody Biera wywołuje znaczne bóle.

Dr. Kader zaprzecza stanowczo temu; metoda Biera stosowana dobrze, nietylko nie wywołuje bólów, ale przeciwnie istniejące poprzednio znosi.

Prof Rydygier oświadcza, że pożądanem byłoby na przyszłych zjazdach zaproszenie do wspólnej pracy w niektórych kwestyach, dotyczących medycyny wewnętrznej i chirurgii, lekarzy internistów. Jako tematy do obrad na przyszłorocznym zjeździe chirurgicznym podaje prof. R.: *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa.* W końcu składa podziękowanie gospodarzowi sekcyi chirurgicznej Drowi Ziembickiemu za trudy, położone około utworzenia sekcyi i tak umiejętne i godne uznania zorganizowanie posiedzeń i wyraziwszy radość z powodu znacznej liczby zapowiedzianych odczytów, ożywionych dyskusyj i licznego zawsze zgromadzenia uczestników na posiedzeniach, zakończył zaproszeniem do równie licznego współudziału w przyszłorocznym VII-mym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.